



Aktenzeichen:

Anlage M zum Antrag von		
A. Angaben zur Person		
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer
Angaben zur Feststellung weiterer auf die Wartezeit anrechenbarer Zeiten		
B. Weitere auf die Wartezeit anrechenbare Zeiten		
1. Haben Sie für Zeiten vor dem 01.01.2013 Beiträge an mehr als eine landwirtschaftliche Alterskasse (LAK) entrichtet?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
_____	_____	_____
Name der LAK	Mitgliedsnummer	
und vom _____ bis _____		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
_____	_____	_____
Name der LAK	Mitgliedsnummer	
2. Entrichteten oder entrichten Sie noch Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung? ¹⁾		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
Oder ab _____ (Bitte Versicherungsverlauf beifügen.)		
Tag, Monat, Jahr		

Name des Rentenversicherungsträgers		

Versicherungsnummer		
3. Üben oder üben Sie noch Tätigkeiten aus, während denen Sie versicherungsfrei zur gesetzlichen Rentenversicherung waren oder sind, nämlich als		
3.1 Beamter oder Richter auf Lebenszeit, auf Zeit oder auf Probe, Berufssoldat oder Soldat auf Zeit sowie als Beamter im Vorbereitungsdienst?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
3.2 entsprechend Beschäftigter ²⁾ ?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	
3.3 Mitglied einer geistlichen Genossenschaft ³⁾ ?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ (Bitte Nachweise beifügen.)		
Tag, Monat, Jahr	Tag, Monat, Jahr	

Name und Anschrift der Versorgungsstelle		



Aktenzeichen:

<p>4. Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt oder bestehen für Sie Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ (Bitte Nachweise beifügen.) Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____</p> <p>Versicherungsträger</p> <p>_____</p> <p>ausländische Versicherungsnummer</p>
<p>5. Üben oder üben Sie noch Tätigkeiten aus, während denen Sie von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung befreit waren oder sind oder befreit worden wären, wenn Versicherungspflicht bestanden hätte, nämlich als</p> <p>5.1 Angestellter oder selbständig Tätiger bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen berufsständischen Versorgungseinrichtung, z. B. Ärzte-, Apotheker-, Rechtsanwalts- oder Architektenversorgung?⁴⁾</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>5.2 Lehrer und Erzieher an nicht-öffentlichen Schulen oder Anstalten?⁵⁾</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>5.3 nichtdeutsches Besatzungsmitglied deutscher Seeschiffe?⁶⁾</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____</p> <p>Name und Anschrift der Versorgungsstelle</p>
<p>C. Erklärung des Antragstellers</p> <p>Ich versichere, dass meine Angaben der Wahrheit entsprechen. Eintretende Änderungen gegenüber den vorstehenden Angaben werde ich unverzüglich mitteilen. Ich bin mir bewusst, dass unrichtige oder unvollständige Angaben oder die Verletzung meiner Meldepflichten bei Änderung der Verhältnisse eine grobe Fahrlässigkeit darstellen.</p> <p>_____</p> <p>Datum Unterschrift des Antragstellers</p>
<p>Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage www.svlfg.de unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.</p> <p>1) Träger der Deutschen Rentenversicherung sowie ausländische Versicherungsträger der Alterssicherung. 2) Beschäftigte von Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts, deren Verbänden einschließlich der Spitzenverbände oder ihrer Arbeitsgemeinschaften, wenn ihnen nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen Anwartschaft auf Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit und im Alter sowie auf Hinterbliebenenversorgung gewährleistet und die Erfüllung der Gewährleistung gesichert ist. 3) Das sind satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Angehörige ähnlicher Gemeinschaften, wenn ihnen nach den Regeln der Gemeinschaft Anwartschaft auf die in der Gemeinschaft übliche Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit und im Alter gewährleistet und die Erfüllung der Gewährleistung gesichert ist. 4) Personen, die aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) sind, wenn für sie nach näherer Maßgabe der Satzung einkommensbezogene Beiträge unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze zu entrichten sind und aufgrund dieser Beiträge Leistungen für den Fall verminderter Erwerbsfähigkeit und des Alters sowie für Hinterbliebene erbracht und angepasst werden, wobei auch die finanzielle Lage der berufsständischen Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen ist. 5) Wenn ihnen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen Anwartschaft auf Versorgung bei verminderter Erwerbsfähigkeit und im Alter sowie auf Hinterbliebenenversorgung gewährleistet und die Erfüllung der Gewährleistung gesichert ist. 6) Wenn sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland hatten.</p>