



Aktenzeichen:

<p>3. Entrichteten oder entrichten Sie noch Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung¹⁾?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>oder ab _____ (Bitte Versicherungsverlauf beifügen.) Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____ Name des Versicherungsträgers</p> <p>_____ Versicherungsnummer</p>
<p>4. Sind Sie oder waren Sie hauptberuflich außerhalb der Landwirtschaft tätig?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>oder ab _____ Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____ Art der Tätigkeit</p>
<p>5. Haben Sie Berücksichtigungszeiten gemäß § 57 und § 249 SGB VI zurückgelegt (das sind Kindererziehungszeiten und Zeiten einer nicht erwerbsmäßigen Pflege eines Pflegebedürftigen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar</p> <p><input type="checkbox"/> Kindererziehungszeit wegen Geburt des Kindes</p> <p>_____ geboren am _____ Name des Kindes Tag, Monat, Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> Pflege eines Pflegebedürftigen</p> <p>vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____ Name des Pflegebedürftigen</p>
<p>6. Wurden die Zeiten nach Ziffer 5 bereits von einem Rentenversicherungsträger¹⁾ anerkannt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar (Bitte Versicherungsverlauf beifügen.)</p> <p>_____ Name des Versicherungsträgers</p> <p>_____ Versicherungsnummer</p>
<p>7. Wurde während der Zeiten nach Ziffer 5 eine selbständige Tätigkeit ausgeübt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar vom _____ bis _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr</p> <p>_____ Art der Tätigkeit</p>



Aktenzeichen:

8. Haben Sie Anrechnungszeiten²⁾ gemäß §§ 58, 252, 253 und 252a SGB VI zurückgelegt (das sind Zeiten einer Arbeitsunfähigkeit, eines Kuraufenthaltes, einer Schwangerschaft oder Mutterschaft, einer Arbeitslosigkeit, eines Schul- oder Hochschulbesuches ab dem 16. Lebensjahr)?

nein
 ja, und zwar

vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr	Art _____
vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr	Art _____
vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr	Art _____
vom _____ Tag, Monat, Jahr	bis _____ Tag, Monat, Jahr	Art _____

9. Wurden die Zeiten nach Ziffer 8 bereits von einem Rentenversicherungsträger¹⁾ anerkannt?

nein
 ja, und zwar (Bitte Versicherungsverlauf beifügen.)

_____ Name des Versicherungsträgers _____ Versicherungsnummer

10. Üben/üben Sie Tätigkeiten aus, während denen Sie versicherungsfrei zur gesetzlichen Rentenversicherung¹⁾ waren oder sind, nämlich als

10.1. Beamter oder Richter auf Lebenszeit, auf Zeit oder auf Probe, Berufssoldat oder Soldat auf Zeit sowie als Beamter im Vorbereitungsdienst?

nein
 ja, und zwar vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

10.2. entsprechend Beschäftigter³⁾?

nein
 ja, und zwar vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

10.3. Mitglied einer geistlichen Genossenschaft⁴⁾?

nein
 ja, und zwar vom _____ bis _____ (Bitte Nachweise beifügen.)
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

_____ Name und Anschrift der Versorgungsstelle

11. Beziehen Sie eine Versorgung wegen Alters aus den unter 10.1 bis 10.3 genannten Tätigkeiten?

nein
 ja, und zwar ab _____ (Bitte Nachweise beifügen.)
Tag, Monat, Jahr

_____ Name und Anschrift der Versorgungsstelle



Aktenzeichen:

12. Üben/üben Sie Tätigkeiten aus, während denen Sie von der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Rentenversicherung¹⁾ befreit waren oder sind oder befreit worden wären, wenn Versicherungspflicht bestanden hätte, nämlich als

12.1 Angestellter oder selbständig Tätiger bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen berufsständischen Versorgungseinrichtung⁵⁾, z. B. Ärzteversorgung, Apothekerversorgung, Rechtsanwaltsversorgung oder Architektenversorgung?

nein

ja, und zwar vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

12.2 Lehrer oder Erzieher an nicht-öffentlichen Schulen oder Anstalten⁶⁾?

nein

ja, und zwar vom _____ bis _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

12.3 nichtdeutsches Besatzungsmitglied deutscher Seeschiffe⁷⁾?

nein

ja, und zwar vom _____ bis _____ (Bitte Nachweise beifügen.)
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

Name und Anschrift der Versorgungsstelle

C. Erklärung des Antragstellers

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.

Datum

Unterschrift

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.

- 1) Träger der Deutschen Rentenversicherung sowie ausländische Versicherungsträger der Alterssicherung.
- 2) Anrechnungszeiten, mit Ausnahme eines Schul- oder Hochschulbesuches, können nur berücksichtigt werden, wenn dadurch eine versicherte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit oder ein Wehr- und Zivildienst unterbrochen ist oder in den letzten sechs Kalendermonaten vor Beginn dieser Zeiten ein Pflichtbeitrag nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch, eine weitere Anrechnungszeit, eine Rentenbezugszeit wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (siehe unter A 1 des Fragebogens) oder eine Berücksichtigungszeit (siehe unter A 5 des Fragebogens) liegt.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Wenn 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.
- 7) Wenn der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt nicht in der Bundesrepublik Deutschland war.