

Absender:

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- Versicherung Beitrag -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht bei der Landwirtschaftlichen Alterskasse

Bitte alle Fragen vollständig in Druckschrift beantworten; Zutreffendes bitte ankreuzen.

A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

| | | | |
|----------------------------------|------------|---------------------------|-------------------------|
| Name | | Geburtsname | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | | Geburtsdatum | |
| Staatsangehörigkeit | Geburtsort | Telefax Vorwahl/Rufnummer | Rentenversicherungs-Nr. |

Familienstand

ledig Falls nicht ledig, seit _____ verheiratet getrennt lebend geschieden
Tag, Monat, Jahr verwitwet eingetragene Partnerschaft

B. Grund der Antragstellung

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht wegen

- der Erzielung von Erwerbs- und/oder Erwerbssatzeinkommen (**Bitte nur Abschnitt C, F, G und H beachten/ausfüllen.**)
- berücksichtigungsfähiger Rentenversicherungszeiten oder entsprechender Zeiten wegen Pflege, Wehr- oder Zivildienst oder Kindererziehung (**Bitte nur Abschnitt D, F, G und H beachten/ausfüllen.**)
- Nichterfüllung der Wartezeit (**Bitte nur Abschnitt E, F, G und H beachten/ausfüllen.**)

C. Angaben zur Befreiung wegen Erwerbs- und Erwerbssatzeinkommen

1. Beziehen Sie regelmäßig Arbeitsentgelt aus einer Arbeitnehmertätigkeit oder vergleichbare Einkünfte?

- nein
- ja (Bitte aktuellen Nachweis in Kopie beifügen, z. B. letzte Verdienstbescheinigung, Lohnabrechnung.)

Bei welcher Krankenkasse sind Sie zurzeit versichert?

Name und Anschrift der Krankenkasse

2. Beziehen Sie regelmäßig außerlandwirtschaftliches, **steuerpflichtiges** Arbeitseinkommen (siehe anliegende Hinweise unter Punkt B.) auf Grund einer selbständigen Tätigkeit (z. B. aus Gewerbebetrieb)?

nein

ja, und zwar _____

Art der selbständigen Tätigkeit

Der letzte Einkommensteuerbescheid liegt der landwirtschaftlichen Sozialversicherung bereits vor.

Den letzten Einkommensteuerbescheid (Kopie) habe ich beigelegt.

Den letzten Einkommensteuerbescheid kann ich als Einkommensnachweis nicht beifügen, weil

Das oben genannte Einkommen wird laufend bezogen und überschreitet das Zwölfwache der Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Abs. 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV), derzeit 7.236,00 €.

3. Beziehen Sie regelmäßig Erwerb ersatzeinkommen (z. B. Rente, Krankengeld, Arbeitslosengeld) oder Bürgergeld bzw. Grundsicherungsgeld gem. § 19 Abs. 1 Satz 1 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)?

nein

ja (Bitte aktuellen Leistungsbescheid in Kopie beifügen.)

D. Angaben zur Befreiung wegen zu berücksichtigender Rentenversicherungszeiten oder entsprechender Zeiten

1. Pflege eines Pflegebedürftigen

Eine Bescheinigung der Pflegekasse (Kopie) habe ich beigelegt.

Eine Bescheinigung der Pflegekasse soll von der Alterskasse eingeholt werden.

Zuständig ist die Pflegekasse _____

Name und Anschrift der Pflegekasse

Zu pflegende Person/en _____

Name und Versicherungsnummer/n der zu pflegenden Person/en

2. Ableistung von Wehr- oder Zivildienst

nein

ja (Eine Bescheinigung der Dienststelle habe ich in Kopie beigelegt.)

3. Erziehung eines Kindes (Bitte eine Kopie der Geburtsurkunde beifügen und eine der nachstehenden Erklärungen abgeben.)

Ich erkläre hiermit, dass ich beabsichtige, mir die Kindererziehungszeiten in vollem Umfang in der Deutschen Rentenversicherung als Beitragszeit anrechnen zu lassen. Eine geteilte Zuordnung der Kindererziehungszeit auf beide Elternteile ist nicht beabsichtigt.

Eine Anrechnung der Kindererziehungszeiten in der Deutschen Rentenversicherung ist nicht möglich, da ich einem anderen Versorgungssystem angehöre (z. B. Beamtenversorgung).

Name des Versorgungssystems _____

E. Angaben zu der Befreiung wegen Nichterfüllung der Wartezeit

Waren Sie auch in einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Beamtenversorgung) versichert?

nein

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

bei _____
Name der Versorgungsstelle Aktenzeichen

F. Angaben zur Person des Ehegatten oder Lebenspartners (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)

| | |
|----------------------------------|--------------|
| Name | Geburtsname |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort | Geburtsdatum |

G. Erklärung Antragsteller

Mir ist bekannt, dass die Befreiung von der Versicherungspflicht nur solange besteht, wie die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Den Wegfall des Befreiungsgrundes werde ich sofort mitteilen.

Falls der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht abgelehnt wird, beantrage ich vorsorglich einen Beitragszuschuss.

H. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer: _____

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 unter SVLFG.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.