



Aktenzeichen:

**Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht bei der Landwirtschaftlichen Alterskasse**

**A. Angaben zur Person**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	Telefon Vorwahl/Rufnummer	Telefax Vorwahl/Rufnummer	Rentenversicherungs-Nr.
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig Falls nicht ledig, seit _____ Tag, Monat, Jahr <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft lebend			

**B. Grund der Antragstellung**

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht wegen

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

**C. Angaben zur Befreiung wegen Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen**

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 Zwölffache der Geringfügigkeitsgrenze nach § 8 Abs. 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV), derzeit 7.236,00 €



Aktenzeichen:

3. Beziehen Sie regelmäßig Erwerbsersatzinkommen (z. B. Rente, Krankengeld, Arbeitslosengeld) oder Arbeitslosengeld II bzw. Bürgergeld 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 habe ich beigefügt.  
 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 beigefügt.)

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 zur Befreiung wegen Nickerfüllung der Wartezeit**

Waren Sie auch bei einer anderen Alterskasse bzw. bei einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Beamtenversorgung) versichert?

- nein  
 ja, und zwar von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr  
bei \_\_\_\_\_  
Name der Alterskasse/Versorgungsstelle \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer/Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**F. Personalien des Ehegatten oder des Lebenspartners**

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname, Geburtsdatum)

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

**G. Erklärung und Unterschrift des Antragstellers**

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.

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 [www.svlfg.de/datenschutz](http://www.svlfg.de/datenschutz) bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.