



# Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

## Erklärung zur Nachversicherung

### Hinweis:

Die folgenden Daten werden zur Auszahlung Ihrer Bezüge benötigt. Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte dem Ihnen zugesandten Merkblatt zum Datenschutz. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.

### 1 Persönliche Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Name	Vorname		Personalnummer/Arbeitsgebiet
Geburtsname soweit abweichend	Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Anschrift			Telefon (Angabe freiwillig)

### 2 Tätigkeit nach dem Ausscheiden aus dem Baden-Württembergischen Landesdienst

#### Versicherungsfreie Beschäftigung – wegen Gewährleistung einer Versorgungsanwartschaft

Ich stehe seit/werde ab dem \_\_\_\_\_

a)  als \_\_\_\_\_ (Amts-/Dienstbezeichnung)

erneut in einem versicherungsfreien öffentlich-rechtlichen Dienst- und Treueverhältnis (z. B. als Beamtin/Beamter auf Widerruf, auf Probe, auf Lebenszeit etc./Richter/in oder Soldat/in (kein Grundwehrdienst) stehen, bei dem der Nachversicherungszeitraum bei der Versorgungsanwartschaft berücksichtigt wird.

**Kopie der Ernennungsurkunde und Aushändigungsachweis ist beigelegt.**

b)  als \_\_\_\_\_ (genaue Bezeichnung)

in einem – wegen Gewährleistung einer Versorgungsanwartschaft – versicherungsfreien Beschäftigungsverhältnis (z. B. Arbeitnehmer/in mit Nebenabreden im Arbeitsvertrag über Rentenversicherungsfreiheit o. Dienstordnungsangestellte/r) stehen, bei dem der Nachversicherungszeitraum bei der Versorgungsanwartschaft berücksichtigt wird.

**Nachweis über Versicherungsfreiheit (z. B. Kopie des Gewährleistungsbescheides/Nebenabrede zum Arbeitsvertrag) ist beigelegt.**

Wenn a) oder b) zutrifft, machen Sie bitte genaue Angaben zum neuen Dienstherrn/Arbeitgeber (Bundesland, Beschäftigungsbehörde/Arbeitgeber, Adresse evtl. dortige Personalnummer/Aktenzeichen):


#### Versicherungspflichtige Beschäftigung (z. B. Arbeitnehmer/in)/Sonstige Tätigkeit (z. B. freier Mitarbeiter oder Selbständige/r)/keine Beschäftigung bzw. Einberufung zum Grundwehr- oder Zivildienst

(Chronologisch mit genaueren Daten sowie Angaben über die Art der Tätigkeit und beigelegtem Nachweis – z. B. Arbeitsvertrag, Einberufungsbescheid, o. ä. – Versicherungsfreiheit/-pflicht)

von/ab	ggf. bis	als (z. B. Arbeitnehmer/in, Selbständige/r, Grundwehr-Zivildienstleistender, etc.)	Versicherungspflicht	
			ja	nein
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bin derzeit nicht beschäftigt.

LBV 570a – 02/23

<b>Zukünftige Berufsabsichten nach dem Ausscheiden aus dem Baden-Württembergischen Landesdienst (Bitte Nachweise beifügen)</b>		
	ja	nein
Ich beabsichtige, innerhalb von zwei Jahren nach meinem Ausscheiden wieder eine – wegen Gewährleistung einer Versorgungsanwartschaft – versicherungsfreie Beschäftigung aufzunehmen (z. B. als Beamtin/Beamter).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Absicht bestand bereits am Tag meines Ausscheiden aus dem Baden-Württembergischen Landesdienst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir liegt bereits ein entsprechendes Einstellungsangebot zum _____ bei _____ vor. <b>Nachweis ist beigefügt.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es laufen noch entsprechende Bewerbungen auf eine Stelle als Beamtin/Beamter/Arbeitnehmer/in mit Gewährleistung einer Versorgungsanwartschaft. (Wo? Seit wann, bzw. ab wann geplant?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nachweis ist beigefügt. Ohne Vorlage von Nachweisen wird ggfs. nachversichert.</b>		

### 3 Angaben zum Versicherungs-/Versorgungsträger

Name und Versicherungsnummer des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers		
Versicherungsträger	Versicherungsnummer	
oder		
Name und Mitgliedsnummer des zuständigen Versorgungswerkes		
Versorgungsträger	Mitgliedsnummer	Datum des Beginns der Mitgliedschaft
<p>Wenn kein Versicherungskonto bei einem Rentenversicherungsträger besteht, ist nach § 127 SGB VI Abs. 1, Satz 2, bis zur Vergabe der Versicherungsnummer die Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin, zuständig.</p> <p>In diesem Fall ist die Nachversicherung bei der Deutschen Rentenversicherung Bund durchzuführen.</p> <p><b>Nur auszufüllen von Pflichtmitgliedern einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (wie z. B. Rechtsanwaltsversorgung, Ärzteversorgung oder Architektenversorgung)</b></p> <p>Soll die Nachversicherung bei der für Ihre Berufsgruppe zuständige Versorgungseinrichtung durchgeführt werden?</p> <p><b>Achtung Hinweis: Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden (z. B. Prüfungstag) aus der versicherungsfreien Tätigkeit beim Landesamt zu stellen (§ 186 SGB VI).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich stelle hiermit den Antrag auf Durchführung der Nachversicherung bei meinem berufsständischen Versorgungswerk und füge gleichzeitig einen Nachweis über meine Pflichtmitgliedschaft bei.</p>		

Wurde bereits eine Nachversicherung durchgeführt oder eine Aufschubbescheinigung erteilt?

Nein

Ja, für folgende Zeiten:

---

---

---

---

Dienstherr:

---

**Entsprechende Nachweise sind beigelegt.**

Raum für zusätzliche Mitteilung; wenn dieser Platz nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein weiteres Blatt.

Erklärung zu §§ 184, 233 Sechstes Sozialgesetzbuch - SGB VI

Dieser Vordruck dient der Prüfung, ob Sie nach Beendigung des Beamtenverhältnisses beim Land Baden-Württemberg eine in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Beschäftigung (als Beamtin/Beamter) aufgenommen haben. Vom Landesamt ist zu prüfen, ob Beiträge zum Rentenversicherungsträger nach zu entrichten sind (§ 233 SGB VI) oder eine Aufschubbescheinigung erteilt werden muss (§ 184 SGB VI). *Diese Prüfung kann nur vorgenommen werden, wenn Nachweise zu Ihren Angaben eingereicht werden.* **Sind die Voraussetzungen für eine Nachversicherung erfüllt, werden die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung hinsichtlich des Arbeitgeber- und des Arbeitnehmeranteils vom Land Baden-Württemberg getragen.**

---

Datum, Unterschrift

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
70730 Fellbach**