

**Erklärung zum Verzicht auf die Rentenversicherungsfreiheit bei Bezug einer Vollrente wegen Alters nach § 5 Abs. 4 bzw. § 230 Abs. 9 Sozialgesetzbuch – Sechstes Buch – (SGB VI)**

**Arbeitnehmer:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hiermit erkläre ich meinen Verzicht auf die Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung aufgrund des Bezuges einer Altersvollrente.

Mir ist bekannt, dass mein Verzicht für die Dauer der Beschäftigung bindend und eine Rücknahme nicht möglich ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitnehmers

**Arbeitgeber:**

Name: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Erklärung ist am 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bei mir eingegangen.

Der Verzicht wirkt ab dem 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers

**Hinweis für den Arbeitgeber:**

Die Verzichtserklärung ist nach § 8 Absatz 2 Nr. 19 Beitragsverfahrensverordnung (BVV) zu den Entgeltunterlagen zu nehmen und nicht an den Rentenversicherungsträger zu senden.

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass meine zuständige AOK die oben stehenden Daten zur Person (Name, Vorname, Rentenversicherungsnummer) und zum Arbeitgeber (Name, Betriebsnummer, Datumsangaben) zur Verzichtserklärung der Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter <http://www.aok-business.de/service/datenschutzrechte/>

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis. Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an:

AOK Bundesverband GbR, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Telefon: (030) 346 46-0

Datum, Unterschrift

---

Erziehungsberechtigter

---