Bitte zweifach zurücksenden!

Versicherungsnr. der gesetzl. Rentenvers.

Kennzeichen **5 0 1 1**

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

(§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - SGB VI)

Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes

V -

Bayerische Ärzteversorgung

81919 München

Eingangsstempel des Versorgungswerkes

Weitergabe an → Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

1. Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)		Geburtsort (Kreis, Land)
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

2. Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

2.1 Bitte geben Sie Ihre Berufsgruppe an

☐ Arzt ☐ Tierarzt ☐ Zahnarzt

2.2 Bitte machen Sie Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

☐ Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.

Beginn der abhängigen Beschäftigung

genaue Bezeichnung der Tätigkeit laut Arbeitsvertrag

Angabe der Betriebsnummer des Arbeitgebers

Arbeitgeber (Name, Anschrift)

☐ Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.

Beginn der selbständigen Tätigkeit

genaue Beschreibung der Tätigkeit

Auftraggeber (Name, Anschrift)

Bitte den Bescheid über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen.

bitte wenden

Versicherungsnr. der gesetzl. Rentenvers.	Kennzeichen	Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes
	5 0 1 1	V -

3. Angaben zum Beginn der Befreiung

Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als zum frühestmöglichen Zeitpunkt?

☐ nein ☐ ja gewünschter Beginn der Befreiung

4. Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.

Name der berufsständischen Kammer

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

5. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

6. Erklärung des Versorgungswerks

☐ **Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft**

Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied des / der

- ☐ örtlich zuständigen ärztlichen Kreisverbandes der Bayerischen Landesärztekammer
- ☐ örtlich zuständigen Bezirksverbandes der Bayerischen Landeszahnärztekammer
- ☐ örtlich zuständigen Bezirksverbandes der Bayerischen Landestierärztekammer
- ☐ Landestierärztekammer Rheinland-Pfalz
- ☐ Bestätigung der zuständigen Kammer liegt bei
- ☐ Bezirksärztekammer Pfalz
- ☐ Bezirkszahnärztekammer Pfalz
- ☐ Bezirksärztekammer Rheinhessen
- ☐ Tierärztekammer des Saarlandes

Die Pflichtmitgliedschaft in dieser Kammer bestand für die Berufsgruppe am Beschäftigungsort bereits vor dem 01.01.1995. Die Pflichtmitgliedschaft des Antragstellers beruht nicht auf einer die Befreiung ausschließenden Erweiterung des Kreises der Pflichtmitglieder der Kammer.

☐ **Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk**

Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk

BVNR 0 0 2 eine

☐ Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit Datum

☐ auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit Datum

☐ **Bestätigung der Beitragszahlung**

Es wird bestätigt, dass ab Beginn der Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI für Zeiten, für die ohne diese Befreiung Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung zu zahlen wären, einkommensbezogene Pflichtbeiträge analog §§ 157 ff. SGB VI zu zahlen sind.

BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG
in Verwaltung der Bayer. Versorgungskammer
I.A.

München,

Formular zurücksetzen Formular drucken