

**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)

[ | ]

Bayerische Ärzteversorgung

81919 München

Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes
<b>V -</b>

Eingangsstempel des Versorgungswerkes
---------------------------------------

[ | ]

Weitergabe  
an →

Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin
--

**1. Angaben zur Person**

Name		Vorname (Rufname)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
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	
<input type="checkbox"/> Arzt	<input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Zahnarzt
2.2 Bitte machen Sie Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> 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
5   0   1   1

Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes
V -

**3. Angaben zum Beginn der Befreiung**

Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als zum frühestmöglichen Zeitpunkt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> <b>Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft</b>							
Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied des / der <input type="checkbox"/> örtlich zuständigen ärztlichen Kreisverbandes der Bayerischen Landesärztekammer <input type="checkbox"/> örtlich zuständigen Bezirksverbandes der Bayerischen Landeszahnärztekammer <input type="checkbox"/> örtlich zuständigen Bezirksverbandes der Bayerischen Landestierärztekammer <input type="checkbox"/> Landestierärztekammer Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> Bestätigung der zuständigen Kammer liegt bei <input type="checkbox"/> Bezirksärztekammer Pfalz <input type="checkbox"/> Bezirkszahnärztekammer Pfalz <input type="checkbox"/> Bezirksärztekammer Rheinhessen <input type="checkbox"/> 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.							
<input type="checkbox"/> <b>Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk</b>							
Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk BVNR <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td><td>0</td><td>2</td></tr></table> eine <input type="checkbox"/> Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Datum</td></tr><tr><td>                   </td></tr></table> <input type="checkbox"/> auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>Datum</td></tr><tr><td>                   </td></tr></table>	0	0	2	Datum		Datum	
0	0	2					
Datum							
Datum							
<input type="checkbox"/> <b>Bestätigung der Beitragszahlung</b>							
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.							
 <p><b>BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG</b> in Verwaltung der Bayer. Versorgungskammer I.A.</p>							
München,							