

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)

Sozialversicherungsnummer

Kennzeichen

5 0 1 1

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

Eingangsstempel des Versorgungswerks

Anschrift des Versorgungswerks

Ärzteversorgung Westfalen-Lippe  
48135 Münster

Antrag kann auch online gestellt werden:



<https://www.e-befreiungsantrag.de>

-ab 01.01.2023 nur noch online-

## Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für berufsständisch Versorgte

**Hinweis:** Um über Ihren Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 21 Absatz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sollen Sie alle für die Befreiung erheblichen Tatsachen angeben und sonstige Beweismittel zur Verfügung stellen.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		



Hinweise zum Ausfüllen



Instructions for filling out



Sozialversicherungsnummer

Kennzeichen

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

5 0 1 1

## 2 Angaben zum Arbeitgeber / Auftraggeber

Firmenname, Name, Vorname des Inhabers

Firmenadresse (Straße, Hausnummer)

Postleitzahl, Ort

## 3 Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

Bitte machen Sie Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

Beginn der abhängigen Beschäftigung / selbstständigen Tätigkeit

Tag Monat Jahr

gegebenenfalls Ende der abhängigen Beschäftigung / selbstständigen Tätigkeit

Tag Monat Jahr

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.

Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbstständig tätig.

## 4 Berufsgruppe

Arzt

## 5 Angaben zur Ausübung der Erwerbstätigkeit

### 5.1 Angaben für Ärzte und Zahnärzte

Üben Sie eine Tätigkeit aus, bei der ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet oder mitverwendet werden?

nein  ja

## 6 Angaben zum Beginn der Befreiung

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

nein  ja, gewünschter Beginn der Befreiung

Tag Monat Jahr



Sozialversicherungsnummer

Kennzeichen

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

5 0 1 1

**7 Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer**

Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.  
(Bei Befreiungsanträgen von Apothekern und Architekten im gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienst sind keine Angaben erforderlich.)

Name der berufsständischen Kammer

Ärztekammer-Westfalen-Lippe, Gartenstraße 210 - 214, 48147 Münster

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

Tag	Monat	Jahr

**8 Erklärungen 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

**9 Erklärung des Versorgungswerks****Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft**

(Nicht erforderlich bei Befreiungsanträgen von Apothekern und Architekten im gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienst.)

Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der

Name der berufsständischen Kammer

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 

--	--	--	--

 eine

Tag	Monat	Jahr

 Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit

Tag	Monat	Jahr

 auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit

Tag	Monat	Jahr

**Bestätigung der Beitragszahlung**

Es wird bestätigt, dass ab Beginn der Befreiung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Versorgungswerks

