

# Ausfüllhilfe der Nordrheinischen Ärzteversorgung für den Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht

Nachfolgend finden Sie Hinweise, die Ihnen das Ausfüllen des Antrags auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht erleichtern sollen.

Bitte füllen Sie das gesonderte Original-Antragsformular **vollständig** aus und **unterschreiben** Sie es persönlich. Nur so ist gewährleistet, dass der Antrag unverzüglich bearbeitet werden kann und wichtige Fristen eingehalten werden. Die nachfolgenden Hinweise sollen Ihnen das Ausfüllen erleichtern. Es wird hierbei vorausgesetzt, dass Sie eine ärztliche Tätigkeit ausüben.

## Zu: Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht „dortige Versicherungsnummer“

<b>Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung</b> (§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)			Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)
SZAT	dortige Versicherungsnummer	BKZ	
7   0		5   0   1	1

In diesem Feld ist die Sozialversicherungsnummer einzutragen. Die Sozialversicherungsnummer ist auf Ihrem Sozialversicherungsausweis aufgeführt. Sollten Sie bereits für eine vorherige Tätigkeit von der Angestelltenversicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI befreit worden sein, ist die Sozialversicherungsnummer auf dem Befreiungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgeführt. Sollte Ihnen die Sozialversicherungsnummer nicht vorliegen, ist dieses Feld nicht auszufüllen.

## Zu: Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht „Versicherungs-Nr. des Versorgungswerks“

<p><b>Nordrheinische Ärzteversorgung</b> Postfach 10 39 53 40030 Düsseldorf</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Versicherungs-Nr. des Versorgungswerks</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; margin-top: 5px;"></div> <p style="font-size: small; text-align: center;">Eingangsstempel des Versorgungswerks</p>
---	--

In diesem Feld ist die Versicherungsnummer aufzuführen, unter der Sie bei unserem Versorgungswerk geführt werden. Die Versicherungsnummer ist auf der Mitgliedsurkunde sowie auf allen von unserem Versorgungswerk an Sie gerichteten Schreiben aufgeführt. Sollte Ihnen noch keine Versicherungsnummer vorliegen, füllen Sie dieses Feld bitte nicht aus.

## Zu Punkt 2.1: „Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit“

2. Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit					
2.1 Bitte geben Sie Ihre Berufsgruppe an!					
<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/>	Tierarzt/Tierärztin	<input type="checkbox"/>	Zahnarzt/Zahnärztin
<input type="checkbox"/>	Steuerberater/i	<input type="checkbox"/>	Wirtschaftsprüfer/in		
<input type="checkbox"/>	Apotheker/in	<input type="checkbox"/>	Architekt/in	<input type="checkbox"/>	Sonstige

Bitte kreuzen Sie das Feld „Arzt/Ärztin“ an. Sollten Sie ausnahmsweise parallel mehrere befreiungsfähige Berufe ausüben (z. B. Arzt/Ärztin und Zahnarzt/Zahnärztin), nehmen Sie bitte mit unserem Versorgungswerk Kontakt auf.

## Zu Punkt 2.2: „Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit“

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
_____

### noch Ziffer 2.2

<input type="checkbox"/> Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.
Beginn der selbständigen Tätigkeit
genaue Beschreibung der Tätigkeit
_____
Auftraggeber (Name)
_____

In der Regel wird das erste Feld anzukreuzen sein, denn die meisten Anträge auf Befreiung betreffen Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis (beispielsweise als Arzt/Ärztin in einem Krankenhaus). Ausnahmsweise kann auch eine selbständige Tätigkeit zur Rentenversicherungspflicht führen (beispielsweise als Lehrer/Lehrerin oder als Selbständiger/Selbständige mit nur einem Auftraggeber). In diesen letztgenannten Ausnahmefällen fügen Sie dem Antrag bitte den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei. Haben Sie Zweifel, ob es sich bei der ausgeübten Tätigkeit um eine abhängige Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit handelt, wäre eine sogenannte „Statusfeststellung“ bei der Deutschen Rentenversicherung Bund angezeigt.

## Zu Punkt 2.2: „genaue Bezeichnung der Tätigkeit laut Arbeitsvertrag“

genaue Bezeichnung der Tätigkeit laut Arbeitsvertrag

Egal, ob Sie eine klassische ärztliche Tätigkeit (wie Stationsarzt/-ärztin, Assistenzarzt/-ärztin, Oberarzt/-ärztin oder Chefarzt/-ärztin) oder eine nichtklassische ärztliche Tätigkeit (wie Tätigkeiten in der pharmazeutischen Industrie, keine unmittelbare Tätigkeit am Patienten) ausüben, es sollte stets die genaue Berufsbezeichnung angegeben werden.

## Zu Punkt 2.2: „Angabe der Betriebsnummer des Arbeitgebers“

Angabe der Betriebsnummer des Arbeitgebers	
Falls die Betriebsnummer nicht bekannt ist, bitte die vollständige Anschrift und Name des Arbeitgebers	
Name	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Es ist sehr wichtig, dass Befreiungen von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht jeweils bezogen auf den tatsächlichen Arbeitgeber ausgesprochen werden. Falls bekannt, tragen Sie bitte die Betriebsnummer des neuen Arbeitgebers in das obige Feld ein. Auf Rückfrage erfahren Sie diese auch im Lohnbüro bzw. der Gehaltsabrechnungsstelle Ihres Arbeitgebers. Falls Sie die Betriebsnummer des neuen Arbeitgebers nicht in Erfahrung bringen können, tragen Sie bitte den vollständigen Namen und die Adresse des Arbeitgebers („Wohnort“ = Sitz des Arbeitgebers) ein. Die genaue Bezeichnung Ihres Arbeitgebers können Sie Ihrem Arbeitsvertrag entnehmen.

## Zu Punkt 3: „Angaben zum Beginn der Befreiung“

<b>3. Angaben zum Beginn der Befreiung</b>	
Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als den frühestmöglichen Zeitpunkt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	gewünschter Beginn der Befreiung

Sofern Sie die Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht ab dem Zeitpunkt des Beginns Ihrer neuen Tätigkeit wünschen ist „nein“ anzukreuzen. „ja“ ist nur dann zu markieren und der gewünschte Beginn der Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht aufzuführen, wenn Sie eine Befreiung ab einem späteren Zeitpunkt wünschen.

#### Zu Punkt 4: „Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer“

<b>4. Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer</b>	
Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.	
Name der berufsständischen Kammer	<b>Ärzttekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf</b>
Beginn der Pflichtmitgliedschaft	

Dort ist das Datum aufzuführen, ab dem Sie Pflichtmitglied der **Ärzttekammer Nordrhein** sind. Gegebenenfalls erfragen Sie bitte bei der Ärztekammer Nordrhein das genaue Datum Ihres dortigen Pflichtmitgliedschaftsbeginns.

#### Zu Punkt 6: „Erklärung des Versorgungswerks“

<b>6. Erklärung des Versorgungswerks</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft</b> Der Antragsteller/Die Antragstellerin ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der Ärztekammer Nordrhein. Die Pflichtmitgliedschaft in dieser Kammer bestand für die Berufsgruppe am Beschäftigungsort bereits vor dem 01.01.1995. Die Pflichtmitgliedschaft des Antragstellers/der Antragstellerin beruht nicht auf einer der Befreiung ausschließenden Erweiterung des Kreises der Pflichtmitglieder der Kammer.
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk</b> Für den Antragsteller/die Antragstellerin besteht in unserem Versorgungswerk  BVNR <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> eine <input type="checkbox"/> Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetz seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input checked="" 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.
Düsseldorf, <hr/> Ort, Datum	NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORGUNG  Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein <hr/> Körperschaft des öffentlichen Rechts Unterschrift

Bitte tragen Sie hier nichts ein. Dieser Bereich wird ausschließlich vom Versorgungswerk ausgefüllt.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Antrages auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht wenden Sie sich bitte an:	
<b>NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORGUNG</b>	
Einrichtung der Ärztekammer Nordrhein Körperschaft des öffentlichen Rechts Tersteegenstraße 9 40474 Düsseldorf Postfach 10 39 53 40030 Düsseldorf	
Telefon:	0211 43 02-1260
Telefax:	0211 43 02-1433
www.naev.de	