

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| Versicherungsnummer | 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 Versorgungswerks |
|--------------------------------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| Eingangsstempel des Versorgungswerks |
|--------------------------------------|

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| Deutsche Rentenversicherung Bund<br>10704 Berlin |
|--------------------------------------------------|

Weitergabe  
an →

Anschrift des Versorgungswerks

**Hinweis:** Um über Ihren Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechstes Buch 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 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Befreiung erheblichen Tatsachen anzugeben und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu 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.

|                                                                      |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 Angaben zur Person</b>                                          |                                                                                                                                                      |
| Name                                                                 |                                                                                                                                                      |
| Vorname (Rufname)                                                    |                                                                                                                                                      |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)                              | Vorsatzwort 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 (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) |                                                                                                                                                      |
| Geburtsort (Kreis, Land)                                             |                                                                                                                                                      |
| Straße, Hausnummer                                                   | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)                                                                                                |
| Adresszusatz                                                         | Telefax (Angabe freiwillig)                                                                                                                          |
| Postleitzahl                                                         | Wohnort                                                                                                                                              |



|                     |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|                     |

|             |
|-------------|
| Kennzeichen |
| 5 0 1 1     |

|                                      |
|--------------------------------------|
| Mitgliedsnummer des Versorgungswerks |
|                                      |

## 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 |
| <input type="checkbox"/> Steuerberater | <input type="checkbox"/> Wirtschaftsprüfer |                                   |
| <input type="checkbox"/> Apotheker     | <input type="checkbox"/> Architekt         | <input type="checkbox"/> sonstige |

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

|  |
|--|
|  |
|--|

Falls die Betriebsnummer nicht bekannt ist, bitte die vollständige Anschrift und Name des Arbeitgebers angeben.

Name

Straße, Hausnummer

|              |         |
|--------------|---------|
| Postleitzahl | Wohnort |
|              |         |

☐ Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.

|                                    |
|------------------------------------|
| Beginn der selbständigen Tätigkeit |
|                                    |

genaue Beschreibung der Tätigkeit

Auftraggeber (Name)

Straße, Hausnummer

|              |         |
|--------------|---------|
| Postleitzahl | Wohnort |
|              |         |

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

## 3 Angaben zum Beginn der Befreiung

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 |
|                               |                             |                                  |



|                                                                                                       |                                                                                                                          |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> | Kennzeichen<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%; text-align: center;">5 0 1 1</div> | Mitgliedsnummer des Versorgungswerks<br><div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4 Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.

Name der berufsständischen Kammer

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

Bei Befreiungsanträgen von Syndikussteuerberatern:

Bitte fügen Sie eine Bestätigung Ihrer Steuerberaterkammer bei, dass eine berufsrechtlich zulässige Beschäftigung nach § 58 Satz 2 Nr. 5a Steuerberatungsgesetz vorliegt.

#### 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

Name der berufsständischen Kammer

Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der

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

☐ 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.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Versorgungswerks



## Auszugsweiser Wortlaut der Gesetzestexte

### § 6 SGB VI

#### Befreiung von der Versicherungspflicht

(1) Von der Versicherungspflicht werden befreit

1. Beschäftigte und selbständig Tätige für die Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, wegen der sie aufgrund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe (berufsständische Versorgungseinrichtung) und zugleich kraft gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer sind, wenn
  - a) am jeweiligen Ort der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit für ihre Berufsgruppe bereits vor dem 1. Januar 1995 eine gesetzliche Verpflichtung zur Mitgliedschaft in der berufsständischen Kammer bestanden hat,
  - b) für sie nach näherer Maßgabe der Satzung einkommensbezogene Beiträge unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze zur berufsständischen Versorgungseinrichtung zu zahlen sind und
  - c) aufgrund dieser Beiträge Leistungen für den Fall verminderter Erwerbsfähigkeit und des Alters sowie für Hinterbliebene erbracht und angepasst werden, wobei auch die finanzielle Lage der berufsständischen Versorgungseinrichtung zu berücksichtigen ist,

2. - 4. ...

(1a - 1b) ...

(2) Die Befreiung erfolgt auf Antrag des Versicherten, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 2 und 3 auf Antrag des Arbeitgebers.

(3) Über die Befreiung entscheidet der Träger der Rentenversicherung, nachdem in den Fällen

1. des Absatzes 1 Nr. 1 die für die berufsständische Versorgungseinrichtung zuständige oberste Verwaltungsbehörde,

2. ...

das Vorliegen der Voraussetzungen bestätigt hat. ...

(4) Die Befreiung wirkt vom Vorliegen der Befreiungsvoraussetzungen an, wenn sie innerhalb von drei Monaten beantragt wird, sonst vom Eingang des Antrags an. ...

(5) Die Befreiung ist auf die jeweilige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit beschränkt. Sie erstreckt sich in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 und 2 auch auf eine andere versicherungspflichtige Tätigkeit, wenn diese infolge ihrer Eigenart oder vertraglich im Voraus zeitlich begrenzt ist und der Versorgungsträger für die Zeit der Tätigkeit den Erwerb einkommensbezogener Versorgungsanwartschaften gewährleistet.

### § 172a SGB VI

#### Beitragszuschüsse des Arbeitgebers für Mitglieder berufsständischer Versorgungseinrichtungen

Für Beschäftigte, die nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 von der Versicherungspflicht befreit sind, zahlen die Arbeitgeber einen Zuschuss in Höhe der Hälfte des Beitrags zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, höchstens aber die Hälfte des Beitrags, der zu zahlen wäre, wenn die Beschäftigten nicht von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit worden wären.

