

**Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht
in der gesetzlichen Rentenversicherung**
(§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)

SZAT 7 0	Versicherungsnummer	BKZ 5 0 1 1
--------------------	---------------------	-----------------------

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)	3 0
---	------------

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

Eingangsstempel des Versorgungswerks

Ärzteversorgung Land Brandenburg
Postfach 10 01 35

03001 Cottbus

Weitergabe
an →

Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin
--

1 Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

2 Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

Ich bin		
<input type="checkbox"/> angestellt, berufsspezifisch beschäftigt als	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Beginn der Beschäftigung
<input type="checkbox"/> arbeitnehmerähnlich tätig (z.B. freier Mitarbeiter)	(Bitte Fragebogen V023 beifügen)	Beginn der Tätigkeit
<input type="checkbox"/> selbständig und pflichtversichert in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 4 Abs. 2 SGB VI		Beginn der Versicherungspflicht

3 Erklärung des Antragstellers

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bzw. Satz 5 SGB VI aufgrund

meiner gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in der berufsständischen Kammer

Name / Ort: **Landesärztekammer Brandenburg**

Mitglied seit: _____

Hinweis: Dieser Teil der Erklärung entfällt bei Ableistung eines gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienstes meiner Pflichtmitgliedschaft im berufsständischen Versorgungswerk (vgl. obiges Anschriftenfeld)

ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt ab Datum _____

Ort / Datum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

bitte wenden

