

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

Auf den folgenden Seiten finden Sie Hinweise, die Ihnen das Ausfüllen des Antrags auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht erleichtern sollen.

Den Link zum Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung finden Sie auf unserer Internetseite [www.naev.de](http://www.naev.de) unter dem Bereich Beitragszahlende – Formulare und Merkblätter. 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).

## Zu: Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht „Versicherungsnummer“ (Seite 1, oben links)

Versicherungsnummer	Kennzeichen	Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)
	5 0 1 1	

Sie finden Ihre Sozialversicherungsnummer:

- in Ihrem Sozialversicherungsausweis,
- in früheren Bescheiden von der gesetzlichen Rentenversicherung.

Sollte Ihnen die Sozialversicherungsnummer nicht vorliegen, ist dieses Feld nicht auszufüllen.

## Zu: Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht „Mitgliedsnummer des Versorgungswerks“ (Seite 1, oben rechts)

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks	Eingangsstempel des Versorgungswerks
Anschrift des Versorgungswerks	Weitergabe an → Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin

Bei „Mitgliedsnummer des Versorgungswerks“ ist die Versicherungsnummer aufzuführen, unter der Sie bei unserem Versorgungswerk geführt werden. Die **Versicherungsnummer** ist auf allen von unserem Versorgungswerk an Sie gerichteten Schreiben aufgeführt. Sollte Ihnen noch keine Versicherungsnummer vorliegen, füllen Sie dieses Feld bitte nicht aus.

**Zu: Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht „Anschrift des Versorgungswerks“ (Seite 1)**

	Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
	_____
Anschrift des Versorgungswerks	Eingangsstempel des Versorgungswerks
	Weitergabe an → Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin

Bei „Anschrift des Versorgungswerks“ tragen Sie bitte ein:  
Nordrheinische Ärzteversorgung  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Zu Punkt 4: Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit (Seite 2)**

genaue Bezeichnung der Tätigkeit
_____

Unabhängig davon, 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.

<input type="checkbox"/> Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.
<input type="checkbox"/> Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.

In der Regel wird das obere 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 [z. B. als Gutachter/Gutachterin] mit nur einem Auftraggeber). 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 5: Berufsgruppe (Seite 3)

### 5 Berufsgruppe

<input type="checkbox"/>	Arzt	bitte weiter bei Ziffer 6.1
<input type="checkbox"/>	Zahnarzt	bitte weiter bei Ziffer 6.1
<input type="checkbox"/>	Tierarzt	bitte weiter bei Ziffer 6.2
<input type="checkbox"/>	Pharmaziepraktikant zur Ableistung eines gesetzlichen Vorbereitungs- oder Anwärterdienstes	bitte weiter bei Ziffer 7

Bitte kreuzen Sie das Feld „Arzt“ 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 6: Angaben zur Ausübung der Erwerbstätigkeit (Seite 3)

### 6.1 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

bitte weiter bei Ziffer 7

Sofern Sie eine ärztliche Tätigkeit ausüben, kreuzen Sie bitte „ja“ an. Bei Aufnahme einer nicht-ärztlichen Tätigkeit empfehlen wir Ihnen, sich mit der Nordrheinischen Ärzteversorgung in Verbindung zu setzen.

## Zu Punkt 7: Angaben zum Beginn der Befreiung (Seite 6)

### 7 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

Sofern Sie die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ab dem Zeitpunkt des Beginns Ihrer neuen Tätigkeit wünschen, ist „nein“ anzukreuzen. Bitte kreuzen Sie nur dann „ja“ an und führen den gewünschten Beginn der Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht auf, wenn Sie eine Befreiung ab einem späteren Zeitpunkt wünschen, z. B. um Wartezeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zu erfüllen.

## Zu Punkt 8: Angaben zur Pflichtmitgliedschaft bei einer berufsständischen Kammer (Seite 6)

### 8 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

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

Tag	Monat	Jahr

Dort ist das Datum aufzuführen, ab dem Sie Pflichtmitglied der **Ärztammer Nordrhein** sind. Falls Sie das genaue Datum Ihres dortigen Pflichtmitgliedschaftsbeginns nicht kennen, erfragen Sie dieses Datum bitte bei der Ärztkammer Nordrhein.

## Zu Punkt 11: Erklärung des Versorgungswerks (Seite 8)

### 11 Erklärung des Versorgungswerks

<input type="checkbox"/>	<b>Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft</b> (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.							
<input type="checkbox"/>	<b>Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk</b> Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk BVNR <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> eine						
<input type="checkbox"/>	Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit <table border="1"><tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/>	auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit <table border="1"><tr><th>Tag</th><th>Monat</th><th>Jahr</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
<input type="checkbox"/>	<b>Bestätigung der Beitragszahlung</b> 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						

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:

**NORDRHEINISCHE ÄRZTEVERSORUNG**  
Einrichtung der Ärztkammer Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Telefon: 0211 43 02-1260  
versicherungsbetrieb@naev.de

Postfach 10 39 53  
40030 Düsseldorf  
Telefax: 0211 43 02-1433  
www.naev.de