

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

Eingangsstempel Rentenversicherungsträger

BFAA

SZAT Versicherungsnummer

BKZ

7 0

5 0 1 1

3 0

## Einzureichen bei:

Anschrift des Versorgungswerks

**Baden-Württembergische  
Versorgungsanstalt für  
Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte  
- Anstalt des öffentlichen Rechts -  
Postfach 26 49**

**72016 Tübingen**

Weitergabe  
an →

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

Eingangsstempel des Versorgungswerks

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	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

## 2 Angaben zur ausgeübten Beschäftigung

Ich bin		Beginn der Beschäftigung	
<input type="checkbox"/> angestellt, berufsspezifisch beschäftigt als Arbeitgeber (Name, Anschrift)			
<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 der Antragstellerin/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

Bezirksärztekammer

Nordwürttemberg  Nordbaden  Landes Zahnärztekammer Bad.-Württ. Mitglied seit

Südwürttemberg  Südbaden  Landestierärztekammer Bad.-Württ. | | | | |

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

ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt.  ab Datum

| | | | |

---

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

