

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

(§ 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI)

Versicherungsnummer (soweit bekannt) BKZ

_____ | _____ | 510111

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

siehe oben

Tierärzteversorgung Niedersachsen
Gutenberghof 7
30159 Hannover

Eingangsstempel des Versorgungswerkes

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)			
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

2. Angaben zur ausgeübten Beschäftigung

Ich bin		
<input type="checkbox"/> angestellt, berufsspezifisch beschäftigt als	_____	Beginn der Beschäftigung _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Arbeitgeber (Name, Anschrift)		
<input type="checkbox"/> arbeitnehmerähnlich tätig (z. B. freier Mitarbeiter) (Bitte Fragebogen V023 beifügen)		Beginn der Tätigkeit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> selbstständig 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

<input type="checkbox"/> meiner gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in der berufsständischen Tierärztekammer	
<input type="checkbox"/> Niedersachsen, Hannover	<input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein, Heide
<input type="checkbox"/> Bremen	<input type="checkbox"/> Hamburg
	Kammermitglied seit _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt	<input type="checkbox"/> ab Datum _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers

