

Versorgungswerk der  
Landesapothekerkammer Hessen  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

Mitgl.-Nr.:
Mitgl.-Gruppe:
Beginn:

(wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

## Anmeldebogen für Apotheker

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: (privat) \_\_\_\_\_ Tel.: (berufl.) \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Ehegatte: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Versorgungsausgleich: ( ) ja ( ) nein ( ) laufendes Verfahren (Zutreffendes ist angekreuzt)

Kinder:	Name:	Vorname:	geb. am
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_

( ) selbständig                      ( ) freiberuflich                      ( ) im Angestelltenverhältnis tätig

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ ( ) Bei vorübergehender Tätigkeit von max. drei Monaten  
bitte Blatt 3 beachten!

wöchentl. Stundenzahl: \_\_\_\_\_ mtl. Bruttoentgelt: \_\_\_\_\_

Weitere Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Im Beamtenverhältnis tätig?    ja ( )    nein ( )    seit: \_\_\_\_\_

Bei der Bundeswehr tätig?    ja ( )    nein ( )    seit: \_\_\_\_\_

Beantragen Sie Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu Gunsten des Versorgungswerkes der LAK Hessen?

ja ( )    nein ( )                      Wenn ja, bitte beigefügten Antrag ausgefüllt zurücksenden!

Wenn Sie bereits zugunsten einer anderen Versorgungseinrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, beachten Sie bitte, dass ab Beginn der Tätigkeit im Kammerbereich Hessen eine erneute Befreiung erforderlich ist.

Sind oder waren Sie Mitglied in einem anderen Versorgungswerk?    ja ( )    nein ( )

von Datum	bis Datum	Name der Versorgungseinrichtung

Wenn der Mitgliedschaftszeitraum unter 60 Monaten liegt, haben Sie die Möglichkeit der Überleitung. Bitte beachten Sie, dass der Antrag innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn bei unserem Versorgungswerk vorliegen muss.

Ich beantrage die Überleitung: ( ) ja; Antrag liegt bei. ( ) nein

( ) Nach § 13 Abs. 2 der Satzung bin ich von der Mitgliedschaft ausgenommen, da ich meine pharmazeutische Tätigkeit nicht mehr als drei Monate im Kammerbereich ausübe und während dieser Zeit weiterhin Mitglied eines anderen Versorgungswerkes bin und an dieses Pflichtbeiträge aus meiner gesamten pharmazeutischen Tätigkeit entrichte.

Bitte entsprechende Nachweise (Arbeitgeberbestätigung über die Beschäftigungsdauer, Mitgliedschaftsbestätigung des Apothekerversorgungswerkes) beifügen.

( ) Ich beantrage die Befreiung nach § 13 Abs. 5 Nr. 1 der Satzung, da ich auf Grund einer Gesetz oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung gleichzeitig Pflichtmitglied einer anderen Apothekerversorgung bin und zu dieser Pflichtbeiträge aus meiner gesamten pharmazeutischen Tätigkeit entrichte.

( ) Ich beantrage die Befreiung von der Mitgliedschaft, da ich bei Begründung der Pflichtmitgliedschaft das 60. Lebensjahr vollendet habe.

Wurden Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt von einem anderen Versorgungswerk von der Mitgliedschaft befreit? ( ) ja ( ) nein

Wenn ja, von welchem? \_\_\_\_\_

Befreiungsgrund: \_\_\_\_\_

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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 10704 Berlin
--

Anschrift des Versorgungswerks

Anschrift des Versorgungswerks
--------------------------------

Weitergabe  
an →

**1 Angaben zur Person**

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

**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
Arbeitgeber (Name, Anschrift)

Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.

Beginn der selbständigen Tätigkeit
genaue Beschreibung der Tätigkeit
Auftraggeber (Name, Anschrift)

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



## 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 Versorgungsanswartschaften 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.

# Überleitungsantrag

1. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

berufstätig seit: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_  
(genaue Berufsbezeichnung)

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

3. Im Bereich der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung zuletzt berufstätig

bis: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_

4. Mitglied der \_\_\_\_\_  
(bisherige Versorgungseinrichtung)

gewesen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

Voraussichtlich mindestens 3 Monate im Bereich der neu zuständigen  
Versorgungseinrichtung tätig? ja ( ) nein ( )

5. Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

befreit seit: \_\_\_\_\_

zugunsten: \_\_\_\_\_  
(Name der Versorgungseinrichtung)

durch Bescheid der Deutschen Rentenversicherung vom: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

6. Ausschlussgründe:

Ich habe bei der seitherigen Versorgungseinrichtung eine Mitgliedschaftszeit von mehr als 60 Monaten zurückgelegt. Evtl. frühere Überleitungen sind in die Mitgliedschaftszeit mit einzubeziehen. ( ) ja ( ) nein

Meine Ansprüche gegenüber der seitherigen Versorgungseinrichtung sind ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet. ( ) ja ( ) nein

Ich habe zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft in der seitherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt oder bin berufsunfähig. ( ) ja ( ) nein

Ich beziehe von der der seitherigen Versorgungseinrichtung Versorgungsleistungen.  
( ) ja ( ) nein

Ein Versorgungsausgleichsverfahren ist eingeleitet oder abgeschlossen.  
( ) ja ( ) nein

Sollte eine der Fragen unter Punkt 6 mit ja zu beantworten sein, ist eine Überleitung gem. § 17 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen ausgeschlossen!

Ich beantrage hiermit, meine bisher an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge an das

\_\_\_\_\_ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)  
überzuleiten.

Ich versichere, dass ich zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme im Kammerbereich Hessen keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und nicht berufsunfähig war sowie die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum) (Unterschrift)

Dieser Antrag ist bei der neu zuständigen Versorgungseinrichtung mit einer Frist von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit einzureichen!