

Versorgungswerk der
Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt

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

(wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

Anmeldebogen für Pharmazeuten im Praktikum

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Privatanschrift:

Tel.: (privat) _____ Tel.: (berufl.) _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Familienstand: _____

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

Vorname Ehegatte: _____ geb. am: _____

Kinder: Name: Vorname: geb. am

1) _____

2) _____

3) _____

(Anmeldung Seite 1 - persönliche Angaben)

Arbeitgeber:

Name: _____

Anschrift: _____

seit* _____ * Geben Sie bitte den Vertragsbeginn an.

wöchentl. Stundenzahl: _____ mtl. Bruttoentgelt: _____

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 ()

Wenn ja, bei welchem? _____

Mitglied seit: _____ Mitgliedsnummer: _____

Es lag eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung vor? Ja () nein ()

Befreit ab: _____ durch Bescheid vom: _____

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

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Datum/Ort

Unterschrift

An die
Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Mitgliedsnummer: _____

(wird von der LAK ausgefüllt)

Antrag zur freiwilligen Mitgliedschaft

I. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr. : _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Staatsexamen
bestanden am: _____

Universität: _____

II. Angaben zum Ausbildungsbetrieb

1. Halbjahr:

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

Praktikum in o. g. Betrieb von*: _____ bis: _____

2. Halbjahr (falls abweichend):

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

Praktikum in o. g. Betrieb von*: _____ bis: _____

*Geben Sie bitte den **Vertragsbeginn** an.

Bitte beachten:

Die Aufnahme als freiwilliges Mitglied erfolgt zu Beginn Ihres Pharmaziepraktikums in Hessen, sofern der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsbeginn bei uns eingegangen ist. Anderenfalls kann die Aufnahme frühestens ab Eingangsdatum des Antrages bei der Landesapothekerkammer Hessen erfolgen.

Umstehende Angaben werden zur Führung unserer Mitgliederdatei benötigt. Rechtsgrundlage für die Erhebung ist § 11 Abs. 1 Hessisches Datenschutzgesetz (HDSG). Alle Daten, soweit sie den Bestimmungen des HDSG unterliegen, werden nur für kammerinterne Zwecke verwendet.

Ort, Datum

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 |
|--------------------------------------|

Anschrift des Versorgungswerks

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

Weitergabe
an →

| |
|--|
| Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin |
|--|

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 | |
| Angabe der Betriebsnummer des Arbeitgebers | |
| Falls die Betriebsnummer nicht bekannt ist, bitte die vollständige Anschrift und Name des Arbeitgebers angeben. | |
| Name | |
| Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl | Wohnort |

| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

| |
|-------------|
| Kennzeichen |
| 5 0 1 1 |

| |
|--------------------------------------|
| Mitgliedsnummer des Versorgungswerks |
|--------------------------------------|

noch Ziffer 2.2

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig. |
| Beginn der selbständigen Tätigkeit | |
| genaue Beschreibung der Tätigkeit | |
| Auftraggeber (Name) | |
| Straße, Hausnummer | |
| Postleitzahl | Wohnort |
| Bitte den Bescheid über die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beifügen. | |

3 Angaben zum Beginn der Befreiung

| | | | | |
|---|------|--------------------------|----|----------------------------------|
| Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als den frühestmöglichen Zeitpunkt? | | | | |
| <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> | ja | gewünschter Beginn der Befreiung |

4 Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

| | |
|---|--|
| Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer. | |
| Name der berufsständischen Kammer | |
| Beginn der Pflichtmitgliedschaft | |
| Bei Befreiungsanträgen von Syndikussteuerberatern: Bitte fügen Sie eine Bestätigung Ihrer Steuerberaterkammer bei, dass eine berufsrechtlich zulässige Beschäftigung nach § 58 Satz 2 Nr. 5a Steuerberatungsgesetz vorliegt. | |

5 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

| | |
|--|---|
| Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. | |
| Ort, Datum | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
5 0 1 1

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

6 Erklärung des Versorgungswerks

Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft

Name der berufsständischen Kammer

Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der _____
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.

Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk

Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk

BVNR _____ eine

Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit

Datum

auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit

Datum

Bestätigung der Beitragszahlung

Es wird bestätigt, dass ab Beginn der Befreiung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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

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!