

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: _____

Geschlecht: weiblich () männlich ()

Privatanschrift: _____

Telefon.: _____ E-Mail: _____

Approbationsdatum: _____

Angaben zur Berufstätigkeit

() selbständig () freiberuflich

() im Angestelltenverhältnis tätig

() Minijob () mit Verzicht auf Rentenversicherungspflicht gem. § 6 Abs.1 b SGBVI

() Gleitzone

() Sozialversicherungspflicht

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke

Name: _____

Anschrift: _____

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

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!

Sind oder waren Sie Mitglied im Hessischen Versorgungswerk bzw. 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

Ausnahmen von der Mitgliedschaft

() 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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

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

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

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?

nein 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: _____

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke: _____

Anschrift: _____

3. Im Bereich der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung zuletzt berufstätig

bis: _____

4. Mitglied der _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

gewesen vom _____ bis _____ Mitgl.-Nr.: _____

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

5. 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 5 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 Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen 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.

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

(Ort/Datum)

(Unterschrift)

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

Mitgliederinformation zur Datenverarbeitung

des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen

Welche Daten werden von Ihnen erhoben?

Wir erheben personenbezogene Daten gemäß Art. 4 DS-GVO und besondere personenbezogene Daten gemäß Art. 9 DS-GVO. Die Erhebung der Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Grundlage gemäß § 3 Abs. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Rechtliche Grundlage zur Datenerhebung ist § 2 und § 5 a HeilbG in Verbindung mit der Satzung des Versorgungswerkes. Insoweit ist die Bereitstellung Ihrer Daten gesetzlich vorgeschrieben. Die Speicherung der E-Mail Adresse kann bei Bedarf für den Versand von Rundmails genutzt werden. Bei Nichtbereitstellung der Daten kann Ihr Anliegen nicht bearbeitet werden.

Im Versorgungswerk werden weiterhin Daten zu Name, Anschrift des Arbeitgebers und Einkommen sowie weitere Sozialdaten gespeichert. Dadurch können Beiträge erhoben und die gesetzlich vorgeschriebenen Meldeverfahren durchgeführt werden. Ebenfalls kann hierdurch das Befreiungsverfahren von der Deutschen Rentenversicherung durchgeführt werden.

Die Erhebung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen der Beantragung einer Berufsunfähigkeitsrente oder Zuschüsse zu Reha-Maßnahmen erfolgen aufgrund von § 20 Abs. 1 HDSIG. Für die entsprechenden Anträge werden besondere personenbezogene Daten nach Art. 9 DS-GVO erhoben. Hierzu zählen die Einholung von medizinischen Gutachten und Attesten.

Bei den Anträgen auf Renten werden Daten zur Krankenversicherung erhoben und gespeichert. Weiterhin werden im Rahmen von Versorgungsausgleichsverfahren Daten zur Abwicklung des Verfahrens und zur Auskunft an das zuständige Gericht erhoben, gespeichert und im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an die zuständigen Stellen weitergegeben.

Für die Erhebung der Bankverbindung wird eine gesonderte Einwilligungserklärung (SEPA-Lastschriftmandat) erhoben und gespeichert.

Alle Daten werden im zentralen elektronischen Bestandsführungssystem des Versorgungswerkes und in der jeweiligen Mitgliedsakte gespeichert.

Wer hat Einsicht / Zugriff auf die Daten?

Einsicht in diese Daten haben die Mitarbeiter des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen sowie die Geschäftsführung.

Zugriff auf diese Daten, um diese zu verändern, haben nur die Mitarbeiter des Versorgungswerkes und die Geschäftsführung.

Die Daten werden nur, soweit erforderlich, im Rahmen einer bestehenden Auftragsdatenverarbeitung an verschiedene Auftragsdatenverarbeiter weitergegeben. Diese sind zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verpflichtet.

Weitergabe der Daten an Dritte?

Außerhalb der Auftragsdatenverarbeitung werden die Daten der Mitglieder zwischen Versorgungswerk und Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 5 Abs. 4 HeilbG ausgetauscht. Hierbei werden keine Gesundheitsdaten im Rahmen der Verfahren zu Berufsunfähigkeitsrenten oder für Zuschüsse zu Reha-Maßnahmen übermittelt. Daten von Empfängern von Hinterbliebenenrenten, die keine Mitglieder der Landesapothekerkammer Hessen sind, werden von dieser Datenübermittlung gleichfalls nicht erfasst.

Bei der Berechnung der Renten werden die entsprechenden Daten des Mitgliedes an den Versicherungsmathematiker zur Berechnung der Anwartschaft und Renten gegeben.

Des Weiteren erfolgt im Einzelfall eine Datenweitergabe an Gerichte im Rahmen eines laufenden Scheidungsverfahrens zur Versorgungsausgleichsberechnung. Die Berechnung und Prüfung dieser Daten erfolgt gleichfalls durch den Versicherungsmathematiker. Im Rahmen dieses Verfahrens werden auch Daten von Personen, die zu diesem Zeitpunkt nicht Mitglied des Versorgungswerkes sind oder eine Anwartschaft auf Rente besitzen, im gesetzlich erforderlichen Rahmen erhoben, gespeichert und verarbeitet.

Daten werden weiterhin im Rahmen von Vollstreckungsmaßnahmen an die zuständige Vollstreckungsstelle, der entsprechenden Stadtkasse, zur Vollstreckung von Schulden gegenüber dem Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen weitergegeben. Ebenso erfolgt, soweit erforderlich, ein Datenaustausch mit dem Insolvenzverwalter und dem Insolvenzgericht.

Des Weiteren werden die Daten an alle Dritte weitergegeben, die ein gesetzliches Auskunftsrecht haben und denen gegenüber das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen meldepflichtig ist. Hierzu zählen die Meldestellen der Krankenkassen und weitere Leistungserbringer der Sozialversicherungssysteme. Die Übermittlung dieser besonderen personenbezogenen Daten richtet sich nach §§ 20 ff. HDSIG.

Darüber hinaus werden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Eine Datenübermittlung an Stellen in Staaten außerhalb der EU bzw. des EWR (sogenannte Drittländer) findet nicht statt.

Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die personenbezogenen Daten sowie im Rahmen der Renten die besonderen personenbezogenen Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber vorgesehen wurde. Grundlage hierfür ist, neben der DS-GVO auch das Hessische Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG) sowie bestimmte Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, denen das Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen unterliegt. Gemäß Art. 17 DS-GVO in Verbindung mit § 34 HDSIG werden die Daten auf Verlangen gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung

Es besteht das Recht gemäß Art. 15 DS-GVO in Verbindung mit den Einschränkungen aus § 33 HDSIG unentgeltlich Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen können Sie die Berichtigung oder Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen.

Fragen oder Beschwerden

Sie haben das Recht, sich bei Fragen oder Beschwerden an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden. Diese ist der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden.

Widerspruchsrecht

Gemäß Art. 21 DS-GVO in Verbindung mit § 35 HDSIG besteht jederzeit das Recht gegen die Verarbeitung der personenbezogenen Daten zu widersprechen. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte an folgende Adresse gerichtet werden:

Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen
Kuhwaldstraße 46
60486 Frankfurt am Main

Kontaktdaten

Mit Ihren Anträgen und Rechten rund um Ihre Daten können Sie sich direkt an uns bzw. an unsere Datenschutzbeauftragte wenden.

Datenschutzbeauftragte des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen:

RAin Julia Faour
Kuhwaldstraße 46
60486 Frankfurt am Main