



VERSORGUNGSWERK
DER LANDESAPOTHEKERRKAMMER HESSEN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

elektronischer Befreiungsantrag

Tutorial für die Erfassung
eines elektronischen Befreiungsantrages



Erfassung Ihres elektronischen Befreiungsantrages für berufsständisch Versicherte

Sie nutzen ein nicht unterstützten Webbrowser.

Bitte nutzen Sie einen der folgenden Webbrowser: Google Chrome, Microsoft Edge, Mozilla Firefox und Safari, um Problemen vorzubeugen.

Antragstellung trotzdem starten

Bei Start des Antrags: ggf. Hinweis auf eingesetzten Browser



Erfassung Ihres elektronischen Befreiungsantrages für berufsständisch Versicherte

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- bitte wählen -

Apotheker

Praktikant Pharmazie (Vorbereitungs-/Anwärterdienst)

Weiter

Start des Antrags,
Auswahl
Berufsgruppe



Geben Sie Ihre persönlichen Angaben ein:

Mitgliedsnummer in der Versorgungseinrichtung ⓘ

123456/0397

Sozialversicherungsnummer bei der DRV ⓘ

Name !

Vorname !

Namenszusatz ⓘ

- bitte wählen -

Titel

Vorsatzwort ⓘ

- bitte wählen -

Geschlecht !

- bitte wählen -

Geburtsname

Staatsangehörigkeit !

- bitte wählen -

Geben Sie Ihre vollständige Mitglieds-Nr. beim Versorgungswerk an

Um die Entscheidung der DRV-Bund zu beschleunigen, geben Sie Ihre Sozialversicherungsnummer ein.

Ihre persönlichen Angaben als Antragsteller



Geburtsname

Staatsangehörigkeit !

Geburtsort !

Geburtsland !

Geburtsdatum ⓘ !

abhängig/selbständig beschäftigt:

Ich bin in der befreienden Tätigkeit: !

- abhängig beschäftigt
- selbständig tätig

Bitte treffen Sie eine Auswahl

Wählen Sie, ob Sie in Ihrer neuen Tätigkeit, abhängig beschäftigt oder selbständig tätig sind.



Antragsteller

Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsart >

Geben Sie Ihre Anschrift ein:

Straße !

Hausnummer !

Addresszusatz

Ihre Anschrift befindet sich:

- innerhalb Deutschland
 im Ausland

PLZ !

Stadt !

! Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Ihre
persönlichen
Angaben als
Antragsteller



Antragsteller

Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsart >

Geben Sie Ihre Kontaktdaten ein:

Telefon- oder Mobilfunknummer 

Telefax

Email 

 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Für Rückfragen geben Sie bitte Ihre
Kontaktdaten (Telefon,
Mobilnummer, E-Mail Adresse) ein.



Antragsteller

Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsa

Geben Sie die Daten Ihres Arbeitgebers ein:

Firmenname

Straße

Hausnummer

Addresszusatz

Die Anschrift Ihres Arbeitgebers befindet sich:

- innerhalb Deutschland
 im Ausland

PLZ

Stadt

Die Daten
Ihres neuen
Arbeitgebers

Um die Entscheidung der DRV-Bund
zu beschleunigen, erfassen Sie die
Daten Ihrer Arbeitgebers.



Antragsteller

Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsart >

Geben Sie die Daten Ihrer Betriebsstätte ein:

Betriebsnummer Ihrer Betriebsstätte ⓘ

Prüfen

Zurück

Weiter ohne prüfen

Erfragen Sie die Betriebsnummer bei
Ihrem Arbeitgeber



Antragsteller

Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsart >

Beschreiben Sie hier ihre Tätigkeit:

Beginn der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit !

TT.MM.JJJJ



ggf. Ende der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit

TT.MM.JJJJ



genaue Bezeichnung der Tätigkeit !

! Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Die Daten
Ihrer neuen
Tätigkeit



Anschrift

Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsangaben



Angaben für Apotheker

- Ich übe eine Tätigkeit aus, bei der pharmazeutische Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet oder mitverwendet werden.
- Nein, keine der oben aufgeführten Angaben trifft auf mich zu.

Hinweis: Sollen Sie sich diesbezüglich nicht sicher sein, so raten wir dazu, mit ihrer zuständigen Versorgungseinrichtung und/oder Berufskammer Kontakt aufzunehmen.

Bitte treffen Sie eine Auswahl

 **Pflichtfelder**

Zurück

Weiter

Die Daten
Ihrer neuen
Tätigkeit



Kontaktdaten

Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsangaben

Befreiung

Pflicht >

Angaben zum Beginn der Befreiung

Beantragen Sie den Beginn der Befreiung zu einem späteren als den frühestmöglichen Zeitpunkt? 

- ja
 nein

Bitte treffen Sie eine Auswahl

TT.MM.JJJJ



 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Die Daten
Ihrer neuen
Tätigkeit



Arbeitgeber

Betriebsstätte

Erwerbstätigkeit

Berufsangaben

Befreiung

Pflichtmitgliedschaft



Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

- Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer. (Bei Befreiungsanträgen von
 Syndikusrechtsanwälten und Syndikuspatentanwälten, Apothekern und Architekten im gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienst sind keine Angaben erforderlich).

Name der berufsständischen Kammer 

- bitte wählen -

Beginn der Pflichtmitgliedschaft 

TT.MM.JJJJ



 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Die Daten
Ihrer neuen
Tätigkeit



Erwerbstätigkeit

Berufsangaben

Befreiung

Pflichtmitgliedschaft

Anhänge

Dokumentenzugang



Kommunikation

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

Für sehbehinderte Menschen:

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar 

 Pflichtfelder

Zurück

Weiter

Kommunikation,
Prüfen und
Absenden



Berufsangaben

Befreiung

Pflichtmitgliedschaft

Anhänge

Dokumentenzugang

Prüfen



Bitte prüfen Sie Ihre Eingaben:

BV Nummer: 039

Mitgliedsnummer in der
Versorgungseinrichtung: 123456/0397

Antragsteller

Max Mustermann

Männlich

01.10.1978 Essen deutsch

Geothermallee 12 35510 Butzbach

Arbeitgeber

sdsad 35510 Biutzbach

Betriebsnummer:

Erwerbstätigkeit

Daten prüfen und
Absenden



< en

Befreiung

Pflichtmitgliedschaft

Anhänge

Dokumentenzugang

Prüfen

Absenden

>

Wollen Sie den Antrag erneut prüfen oder absenden?

Prüfen

Absenden

Nach vorheriger
Prüfung durch
Absenden Ihre
Daten übermitteln



Geschafft!

Sie haben Ihren Antrag erfolgreich abgeschlossen

Antrags-ID: 00001-629F34D2.00003

BV Nummer: 039

BV Name: Versorgungswerk der Landesapothekerkammer Hessen

Antrag erfolgreich
gestellt.
Notieren Sie sich
bitte die
aufgeführten
Daten.