

Versicherungsnummer
---------------------

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)
---------------------------------------------

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

Eingangsstempel des Versorgungswerks
--------------------------------------

Anschrift des Versorgungswerks

--

Weitergabe  
an →

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

## Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für Rechtsanwälte, Syndikusrechtsanwälte, Patentanwälte und Syndikuspatentanwälte

**Hinweis:** Um über Ihren Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Rentenversicherung entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 21 Absatz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch. Danach sollen Sie alle für die Befreiung erheblichen Tatsachen angeben und sonstige Beweismittel zur Verfügung stellen.

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

**Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau**

### 1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Staatsangehörigkeit			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		



Versicherungsnummer
---------------------

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

## 2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> neutrale Anrede <input type="checkbox"/> juristische Person		
Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Vollmacht oder Beschluss des Gerichts <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		

## 3 Angaben zum Arbeitgeber / Auftraggeber

Firmenname, Name, Vorname des Inhabers
Firmenadresse (Straße, Hausnummer)
Postleitzahl, Ort

## 4 Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit

Bitte machen Sie Angaben zur ausgeübten Erwerbstätigkeit			
Beginn der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit			
	Tag	Monat	Jahr
gegebenenfalls Ende der abhängigen Beschäftigung / selbständigen Tätigkeit			
	Tag	Monat	Jahr
genaue Bezeichnung der Tätigkeit			
<input type="checkbox"/>	Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.		
<input type="checkbox"/>	Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.		



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 5 Berufsgruppe

<input type="checkbox"/>	Rechtsanwalt / Notar	Kennzeichen <b>5 0 1 1</b>	
	abhängig Beschäftigte		bitte weiter bei Ziffer 6.1
	selbständig Tätige		bitte weiter bei Ziffer 7
<input type="checkbox"/>	Patentanwalt	Kennzeichen <b>5 0 1 1</b>	
	abhängig Beschäftigte		bitte weiter bei Ziffer 6.1
	selbständig Tätige		bitte weiter bei Ziffer 7
<input type="checkbox"/>	Syndikusrechtsanwalt	Kennzeichen <b>5 1 1 1</b>	
			bitte weiter bei Ziffer 6.6
<input type="checkbox"/>	Syndikuspatentanwalt	Kennzeichen <b>5 1 1 1</b>	
			bitte weiter bei Ziffer 6.6

## 6 Angaben zur Ausübung der Erwerbstätigkeit

<b>6.1</b>	Sind Sie bei einem Rechtsanwalt, Patentanwalt oder einer rechts- oder patentanwaltlichen Berufsausübungsgesellschaft beschäftigt?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 6.2
<input type="checkbox"/>	ja, bitte weiter bei Ziffer 7
<b>6.2</b>	Sind Sie bei einer Steuer- oder Wirtschaftsprüfungsgesellschaft beschäftigt?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5
<input type="checkbox"/>	ja, bitte weiter bei Ziffer 6.3
<b>6.3</b>	Beraten Sie Mandanten Ihrer Arbeitgeberin in steuerrechtlichen Angelegenheiten und ist für deren Vertretung vor Gericht die Zulassung als Rechtsanwalt erforderlich?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 7
<input type="checkbox"/>	ja, bitte weiter bei Ziffer 6.4
<b>6.4</b>	Ist die unabhängige und weisungsfreie Wahrnehmung der übertragenen Mandate arbeitsvertraglich sichergestellt?
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja
	bitte weiter bei Ziffer 7
<b>6.5</b>	Sind Sie als Notarassessor beschäftigt?
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja
	bitte weiter bei Ziffer 7
<b>6.6</b>	Sind Sie für die zu befreiende Beschäftigung zur Rechtsanwaltschaft als Syndikusrechtsanwalt oder zur Patentanwaltschaft als Syndikuspatentanwalt zugelassen?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 6.7
<input type="checkbox"/>	ja, bitte weiter bei Ziffer 6.8



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6.7** Haben Sie für die zu befreiende Beschäftigung die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft als Syndikusrechtsanwalt oder zur Patentanwaltschaft als Syndikuspatentanwalt beantragt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7

ja, bitte weiter bei Ziffer 6.8

---

**6.8** Bitte machen Sie Angaben zur (beantragten) Zulassung

Name der Kammer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum des Antrags / der Zulassung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bitte weiter bei Ziffer 7

**7 Angaben zum Beginn der Befreiung**

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

nein  ja, gewünschter Beginn der Befreiung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**8 Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer**

Ich bin aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied einer berufsständischen Kammer.  
(Bei Befreiungsanträgen von Syndikusrechtsanwälten und Syndikuspatentanwälten sind keine Angaben erforderlich.)

Name der berufsständischen Kammer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Versicherungsnummer
---------------------

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

## 9 Dokumentenzugang

### 9.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- 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:

---

### 9.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

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

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 10 Erklärungen 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





## 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 Versorgungsanwartschaften 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.

