

Explanatory notes for doctors and dentists from abroad when commencing work

The personal and job designations used in this text refer to all genders.

Pension scheme of the Saarland Medical Association

The pension scheme of the Saarland Medical Association is the professional pension institution for doctors and dentists who engage in professional activity in Saarland. Our pension scheme was founded in 1951 and guarantees its members an indexed retirement pension, provision for dependants and survivors, and security in cases of permanent occupational disability.

Beginning of membership

The principle of locality applies to pension schemes in Germany. This means that each doctor or dentist is a compulsory member of the pension scheme in whose association territory he or she pursues his or her professional activity.

Compulsory members of the pension scheme are all compulsory members of the Saarland Medical Association. Membership begins when they commence their work in Saarland, so please remember to register with the pension scheme too. You will find a registration form attached.

End of membership

Compulsory membership of the pension scheme ends at the end of compulsory membership of the Saarland Medical Association or on commencement of work as a civil servant or medical officer.

Premiums / exemption from the legal obligation to be insured in the statutory pension scheme

Employed members are also compulsorily insured by law in the statutory German pension insurance scheme. In order for the premiums from your work as an employee to be eligible for payment to the pension scheme, you need to apply for exemption from the legal obligation to be insured in the statutory German scheme in favour of our scheme.

The deadline for submitting an application is three months after the commencement of work. If the application is made later than that, exemption from the legal obligation to be insured in the statutory German scheme is not actually declared until the application has been received.

For these reasons, please make sure you submit your exemption application in good time. An application form for exemption from the legal obligation to be insured in the statutory German pension insurance scheme is attached. Fill out the form, sign it, and return it to us. The date on which we actually receive the form is the date that determines whether or not the 3-month deadline has been observed. We will then confirm the application and forward it to the statutory German scheme.

Any exemption from the legal obligation to be insured in the statutory pension insurance scheme in favour of our pension scheme only applies to one actual position of employment with a given employer. If that employment or self-employment is abandoned, the exemption ceases to operate. So a new application for exemption has to be made for each newly commenced occupation.

Employed members who are not exempt from the legal obligation to be insured in the statutory pension insurance scheme pay a compulsory premium to our scheme which is 0.4 times the highest currently applicable compulsory insurance premium in the statutory pension insurance scheme.

If you have any questions we will be glad to advise you:

Your contact

Petra Rakowski

Tel.: 0681 / 4003 - 320

E-mail: petra.Rakowski@aeksaar.de

ANMELDUNG

GEMÄß § 3 SAARLÄNDISCHES HEILBERUFEKAMMERGESETZ VOM 11.03.98 I.D.F. DER
BEKANNTMACHUNG VOM 19.11.07 (BITTE LESBAR AUSFÜLLEN)

1. Persönliche Daten

Name Titel

Vorname (Rufname) Geburtsname

Geburtsdatum Geburtsort

Staatsangehörigkeit Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich

Familienstand ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum Ehe-/Lebenspartner

Hauptwohnsitz Straße

Ort

Telefon

2. Ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit

a) Im Angestelltenverhältnis

ab als

Arbeitsstätte/Arbeitgeber:

.....

☐ Bei der angestellten Tätigkeit handelt es sich um eine nach § 8 SGB IV geringfügig
entlohnte bzw. kurzfristige Beschäftigung (bitte entsprechenden Nachweis des Arbeitgebers beifügen)

b) ☐ Niedergelassen ☐ Privatpraxis

ab als

Praxisadresse:

c) Im Beamtenverhältnis auf Widerruf - auf Probe - auf Lebenszeit, Sanitätsoffizier

(bitte Urkunde beifügen)

ab Dienstbezeichnung

Dienststellung

Dienststelle

d) Sonstige berufliche Tätigkeit (Praxisvertreter, Gutachter u.ä.)

ab als

wo:

e) Sind Sie auch außerhalb des Saarlandes ärztlich/zahnärztlich tätig? ☐ nein ☐ ja

ab als

wo:

Gehören Sie aufgrund dieser Tätigkeit einer anderen Ärzte-/Zahnärzteversorgung an?

Versorgungseinrichtung:

Mitgliedschaft seit:

3. Bisherige Altersversorgung

Waren Sie Mitglied anderer Ärzte/Zahnärzte-Versorgungen? ☐ nein ☐ ja

Erstmaliger Eintritt in das System berufsständischer Versorgungswerke:

Versorgungseinrichtung:

Zuletzt war ich Mitglied vom bis

bei der Versorgungseinrichtung:

4. Rentenbezug von einem berufsständischen Versorgungswerk oder der Deutschen Rentenversicherung Bund

☐ Berufsunfähigkeitsrente (auch vorübergehend) Träger:

☐ Altersrente, vorgezogene Altersrente Träger:

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und versichere gleichzeitig, dass es sich um eine **berufsspezifische Beschäftigung** handelt.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Hinweis nach Art. 13 und 14 VO (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung):

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 2 und § 3 Abs. 1 SDSG i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a), c) und e) DSGVO. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

Versicherungsnummer	Kennzeichen
	5 0 1 1

Eingangsstempel (Rentenversicherungsträger)

Mitgliedsnummer des Versorgungswerks

Eingangsstempel des Versorgungswerks

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Weitergabe
an →

Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für berufsständisch Versorgte

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. 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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers		
Staatsangehörigkeit			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		



Versicherungsnummer	Kennzeichen	Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
	5 0 1 1	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ neutrale Anrede ☐ 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		
☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	
Vollmacht oder Beschluss des Gerichts ☐ ist beigelegt ☐ 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		
genaue Bezeichnung der Tätigkeit		
☐ Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit abhängig beschäftigt.		
☐ Ich bin in der zu befreienden Tätigkeit selbständig tätig.		



5 Berufsgruppe

☐	Arzt	bitte weiter bei Ziffer 6.1
☐	Zahnarzt	bitte weiter bei Ziffer 6.1
☐	Tierarzt	bitte weiter bei Ziffer 6.2
☐	Pharmaziepraktikant zur Ableistung eines gesetzlichen Vorbereitungs- oder Anwärterdienstes	bitte weiter bei Ziffer 7
☐	Apotheker	bitte weiter bei Ziffer 6.3
☐	Steuerberater	
	abhängig Beschäftigte	bitte weiter bei Ziffer 6.4
	selbständig Tätige	bitte weiter bei Ziffer 7
☐	Wirtschaftsprüfer / vereidigter Buchprüfer	
	abhängig Beschäftigte	bitte weiter bei Ziffer 6.5
	selbständig Tätige	bitte weiter bei Ziffer 7
☐	Praktikant zur Eintragung in die Architektenliste der einzelnen Fachrichtung als gesetzlich vorgeschriebener Vorbereitungs- oder Anwärterdienst	bitte weiter bei Ziffer 7
☐	Architekt / Stadtplaner	bitte weiter bei Ziffer 6.6
☐	Ingenieure mit Eintragung in einer Baukammerliste oder besonderer Zulassung	bitte weiter bei Ziffer 6.7
☐	Sonstige: bitte Arbeitsvertrag beifügen	
	Arbeitsvertrag ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht	bitte weiter bei Ziffer 7

6 Angaben zur Ausübung der Erwerbstätigkeit**6.1 Angaben für Ärzte und Zahnärzte**

Üben Sie eine Tätigkeit aus, bei der ärztliche beziehungsweise zahnärztliche Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet oder mitverwendet werden?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7

6.2 Angaben für Tierärzte

Üben Sie eine Tätigkeit aus, bei der veterinärmedizinische Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet, mitverwendet oder verwertet werden?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7



6.3 Angaben für Apotheker

Üben Sie eine Tätigkeit aus, bei der pharmazeutische Fachkenntnisse aus der akademischen Berufsausbildung angewendet oder mitverwendet werden?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7

6.4 Angaben für Steuerberater

6.4.1 Sind Sie als Angestellter bei einem Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, einer Steuerberatungs-, Wirtschaftsprüfungs- oder Buchführungsgesellschaft oder einer Steuerberater- oder der Wirtschaftsprüferkammer beschäftigt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.4.2

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.4.2 Üben Sie eine berufsrechtlich zulässige Beschäftigung nach § 58 Satz 2 Nummer 5a Steuerberatungsgesetz (StBerG) als Syndikussteuerberater aus?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.4.3

☐ ja, bitte fügen Sie eine Bestätigung Ihrer Steuerberaterkammer bei, dass eine berufsrechtlich zulässige Beschäftigung nach § 58 Satz 2 Nummer 5a StBerG vorliegt

Bestätigung der Steuerberaterkammer ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

bitte weiter bei Ziffer 7

6.4.3 Sind Sie als Lehrer oder wissenschaftlicher Mitarbeiter an einer Hochschule oder einem wissenschaftlichen Institut beschäftigt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.4.4

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.4.4 Üben Sie eine Lehr- oder Vortragstätigkeit zur Vorbereitung auf die Prüfungen zum Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer und vereidigten Buchprüfer aus?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7

6.5 Angaben für Wirtschaftsprüfer / vereidigte Buchprüfer

6.5.1 Sind Sie bei einem Berufsangehörigen, einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, einem genossenschaftlichen Prüfungsverband, einer Prüfungsstelle von Sparkassen- und Giroverbänden oder einer überörtlichen Prüfungseinrichtung für Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts zeichnungsberechtigt beschäftigt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5.2

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.5.2 Sind Sie als Vorstandsmitglied, Geschäftsführer, persönlich haftende oder nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz verbundene Person einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft tätig?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5.3

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7



6.5.3 Sind Sie als Lehrer oder wissenschaftlicher Mitarbeiter an einer Hochschule oder einem wissenschaftlichen Institut beschäftigt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5.4

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.5.4 Üben Sie eine Lehr- oder Vortragstätigkeit zur Vorbereitung auf die Prüfungen zum Wirtschaftsprüfer und vereidigten Buchprüfer oder Steuerberater aus?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5.5

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.5.5 Sind Sie als Vorstandsmitglied, Geschäftsführer, persönlich haftende oder nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz verbundene Person einer Buchprüfungsgesellschaft, einer Rechtsanwaltsgesellschaft oder einer Steuerberatungsgesellschaft tätig?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5.6

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.5.6 Sind Sie als Angestellter der Wirtschaftsprüferkammer oder Angestellter einer nach § 342 Absatz 1 Handelsgesetzbuch vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz durch Vertrag anerkannten Einrichtung beschäftigt?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7

6.6 Angaben für Architekten / Stadtplaner

6.6.1 In welcher Fachrichtung sind Sie tätig?

☐ Architektur

☐ Innenarchitektur

☐ Landschaftsarchitektur

☐ Stadtplanung

6.6.2 Planen Sie gestaltend, technisch, wirtschaftlich, umweltgerecht oder sozial Bauwerke (Architekten), Innenräume (Innenarchitekten), Landschaft, Freianlagen und Gärten (Landschaftsarchitekten) beziehungsweise Stadt und Raum (Stadtplaner)?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6.3

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7

6.6.3 Gehören die Beratung, Betreuung und Vertretung des Auftraggebers, Arbeitgebers oder Dienstherrn in allen die Planung, Ausführung und Überwachung eines Vorhabens betreffenden Angelegenheiten zu Ihrem Aufgabengebiet?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6.4

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 7



Versicherungsnummer	Kennzeichen	Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
	5 0 1 1	

6.6.4 Üben Sie Sachverständigen-, Lehr-, Forschungs- und Entwicklungstätigkeiten oder sonstige Dienstleistungen bei der Vorbereitung und Steuerung von Planungs- und Baumaßnahmen bei der Nutzung von Bauwerken aus oder nehmen Sie die damit verbundenen sicherheits- und gesundheitstechnischen Belange wahr?

☐ nein ☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 7

6.7 Angaben für Ingenieure

6.7.1 Über welche Eintragung in einer Baukammerliste oder besondere Zulassung verfügen Sie?

- ☐ Liste der beratenden Ingenieure
- ☐ Liste der Bauvorlageberechtigten
- ☐ Öffentlich bestellter Vermessungsingenieur
- ☐ Sonstige: _____

6.7.2 In welchem Bundesland sind Sie tätig?

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

Tag	Monat	Jahr

8 Angaben zur Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Kammer

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

Name der berufsständischen Kammer

Beginn der Pflichtmitgliedschaft

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer	Kennzeichen	Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
	5 0 1 1	

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen 5 0 1 1	Mitgliedsnummer des Versorgungswerks
---------------------	-------------------------------	--------------------------------------

11 Erklärung des Versorgungswerks

<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Bestätigung der Kammerpflichtmitgliedschaft (Nicht erforderlich bei Befreiungsanträgen von Apothekern und Architekten im gesetzlich vorgeschriebenen Vorbereitungs- oder Anwärterdienst.) Der Antragsteller ist aufgrund gesetzlicher Verpflichtung Mitglied der Name der berufsständischen Kammer 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.												
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Bestätigung der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk Für den Antragsteller besteht in unserem Versorgungswerk BVNR eine <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Pflichtmitgliedschaft kraft Gesetzes seit <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> auf Antrag fortgesetzte Mitgliedschaft seit <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 15%;">Tag</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Monat</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 15%;">Tag</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Monat</td> <td style="text-align: center; width: 15%;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 15%; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Bestätigung der Beitragszahlung Es wird bestätigt, dass ab Beginn der Befreiung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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.

