

## Erklärung über Mitgliedsstatus

| An das Versorgungswerk der ZÄK Berlin Klaus - Groth - Str. 3 14050 Berlin  Angaben werden erbeten für die Zeit nach dem:  Seit dem   |  |   |                    | Mi | tgliedsnr.: |  |
|--|--|---|--------------------|----|-------------|--|
| bin ich selbständig tätig in   | Versorgungswerk der ZÄK Berlin<br>Klaus - Groth - Str. 3 |   |                    | Na | ame:        |  |
| bin ich selbständig tätig in eigener Praxis:    folgender Praxis:     bin ich tätig bei Arbeitgeber:   mein monatliches Gehalt beträgt:   EUR   Hinweis: Neuer DRV-Befreiungsantrag erforderlich     bin ich arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug, Meldung erfolgte bei der Arbeitsagentur in (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)     bin ich arbeitslos gemeldet ohne Arbeitslosengeldbezug (bitte Ableihnungsbescheid der Arbeitsagentur beifügen)     bin ich arbeitslosengeldbezehend bezug (bitte Ableihnungsbescheid der Arbeitsagentur beifügen)     bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Krankengeldzahlung beginnt ab (bitte Kopie Krankechebung/Krankengelebescheid bzw. bei Selbständigen eine ärzliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)     befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Elternzeit voraussichtlich bis zum (bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)     übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus habe ich weiterhin den Beamtenstatus inne   halte ich mich im Ausland auf     übe ich eine Nebentätigkeit aus als (bitte machen Sie dazu entsprechende Angaben, z.B. sozialversicherungspflichtig, Fachrichtung etc.)     Sofern für den o.g. Sachverhalt möglich, beantrage ich   die Befreiung von der Beitragspflicht   die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich EUR   Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:     Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta | Angaben werde  | en erbeten für d  | die Zeit nach dem: |    |             |  |
| folgender Praxis:  | Seit dem   |   |                    |    |             |  |
| bin ich tätig bei Arbeitgeber:  mein monatliches Gehalt beträgt:  EUR  Hinweis: Neuer DRV-Befreiungsantrag erforderlich  bin ich arbeitslos mit Arbeitslosengeldbezug, Meldung erfolgte bei der Arbeitsagentur in (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen)  bin ich arbeitslos gemeldet ohne Arbeitslosengeldbezug (bitte Ablehnungsbescheid der Arbeitslagentur beifügen)  bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Krankengeldzahlung beginnt ab (bitte Kopie Krankschreibung/Krankengeldbescheid bzw. bei Selbständigen eine ärzlliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)  befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Elternzeit voraussichtlich bis zum (bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)  übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus  habe ich weiterhin den Beamtenstatus inne halte ich mich im Ausland auf  übe ich eine Nebentätigkeit aus als (bitte machen Sie dazu entsprechende Angaben, z.B. sozialversicherungspflichtig, Fachrichtung etc.)  Sofern für den o.g. Sachverhalt möglich, beantrage ich  die Befreiung von der Beitragspflicht  die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich  EUR  Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:   | bin ich selbs  | tändig tätig in   | eigener Praxis:    |    |             |  |
| mein monatliches Gehalt beträgt: EUR   |  |   | folgender Praxis:  |    |             |  |
| mein monatliches Gehalt beträgt: EUR   | bin ich tätig  | bei Arbeitgeber:  | _                  |    |             |  |
| in   |  | mein monatliches Gehalt beträgt:  |                    |    |             |  |
| bin ich arbeitslos gemeldet ohne Arbeitslosengeldbezug (bitte Ablehnungsbescheid der Arbeitsagentur beifügen)  bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Krankengeldzahlung beginnt ab  |  |   |                    |    |             |  |
| (bitte Kopie Krankschreibung/Krankengeldbescheid bzw. bei Selbständigen eine ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen)  befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Elternzeit voraussichtlich bis zum  | bin ich arbei  |   |                    |    |             |  |
| (bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)  übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus  habe ich weiterhin den Beamtenstatus inne  halte ich mich im Ausland auf  übe ich eine Nebentätigkeit aus als  | bin ich arbei<br>(bitte Kopie Krar                       | bin ich arbeitsunfähig erkrankt, evtl. Krankengeldzahlung beginnt ab  (bitte Kopie Krankschreibung/Krankengeldbescheid bzw. bei Selbständigen eine ärztliche Bestätigung für die private Krankenkasse beifügen) |                    |    |             |  |
| habe ich weiterhin den Beamtenstatus inne halte ich mich im Ausland auf  übe ich eine Nebentätigkeit aus als   | befinde ich r<br>(bitte Kopie der                        | befinde ich mich im Mutterschutz bzw. Elternzeit voraussichtlich bis zum (bitte Kopie der Bestätigung des voraussichtlichen Entbindungstermins beifügen, Geburtsurkunde des Kindes bitte nachreichen)           |                    |    |             |  |
| halte ich mich im Ausland auf  "übe ich eine Nebentätigkeit aus als  | übe ich kein   | übe ich keine zahnärztliche/ tierärztliche Berufstätigkeit aus  |                    |    |             |  |
| □ übe ich eine Nebentätigkeit aus als  | habe ich wei   | habe ich weiterhin den Beamtenstatus inne   |                    |    |             |  |
| (bitte machen Sie dazu entsprechende Angaben, z.B. sozialversicherungspflichtig, Fachrichtung etc.)  Sofern für den o.g. Sachverhalt möglich, beantrage ich  die Befreiung von der Beitragspflicht  die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich EUR  Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:  Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta   | halte ich mic  | ] halte ich mich im Ausland auf   |                    |    |             |  |
| die Befreiung von der Beitragspflicht  die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich EUR  Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:  Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta  |  |   |                    |    |             |  |
| die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich EUR  Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:  Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta   | Sofern für den o.g. Sachverhalt möglich, beantrage ich   |   |                    |    |             |  |
| Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:  Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta   | die Befreiung  | g von der Beitrag   | gspflicht          |    |             |  |
| Mir ist bekannt, dass dem Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB) jede Veränderung meines beruflichen Sta   | die Zahlung  | die Zahlung von freiwilligen Beiträgen in Höhe von monatlich EUR  |                    |    |             |  |
|  | Sonstiges/ F   | ] Sonstiges/ Hinweise an die Verwaltung:  |                    |    |             |  |
|  |  |   |                    |    |             |  |
|  |  |   |                    |    |             |  |
| Ort, Datum Unterschrift  | Ort Datum  |   |                    | Hn | terschrift  |  |

## Information über Möglichkeiten der Beitragsentrichtung

Nach § 9 Abs. 1 Satz 3 können Sie sich auf Antrag von der satzungsgemäßen Beitragspflicht befreien lassen. Satzungsgemäß muss der Antrag **innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Befreiungsgrundes** beim Versorgungswerk eingegangen sein. Wir weisen darauf hin, dass sich die Rentenanwartschaft während der beitragsfreien Zeit entsprechend den Grundsätzen des gültigen technischen Geschäftsplanes vermindert.

Sofern Sie nicht unter die Regelungen des § 26 Abs. 1- 3 der Satzung fallen, gilt für Sie nach § 26 Abs. 4 der Satzung als Pflichtbeitrag der jeweils geltende Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 158 des SGB VI.

Nach § 28 haben Sie aber auch die Möglichkeit, freiwillige Beiträge in beliebiger Höhe zu entrichten. Freiwillige Beiträge können entrichtet werden, wenn keine Pflichtbeiträge rückständig sind und dürfen zusammen mit den Pflichtbeiträgen 200 Prozent des Beitrages nach § 26 Abs. 4 der Satzung nicht überschreiten. Freiwillige Beiträge werden mit der Maßgabe bewertet, dass an die Stelle des nach § 16 Abs. 2 Satz 6 geltenden Vielfachen das Vielfache tritt, welches bei Eintritt am 1. Januar des jeweiligen Entrichtungsjahres gelten würde.

Sollten Sie entsprechende Vergleichsberechnungen wünschen, empfehlen wir Ihnen den Anwartschaftsrechner auf unserer Internetseite www.vzberlin.org.

Bei weiteren Rückfragen wenden Sie sich an Ihre Sachbearbeiterin.