

**Information für Neumitglieder
über die Pflichtmitgliedschaft in der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV),
die Anmeldung zur Hessischen Zahnärzte-Versorgung und
den elektronischer Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der
gesetzlichen Rentenversicherung**

Die Hessische Zahnärzte-Versorgung (HZV) ist eine aufgrund gesetzlicher Ermächtigung geschaffene berufsständische Versorgungseinrichtung mit Pflichtmitgliedschaft. Als Mitglied der Landeszahnärztekammer Hessen werden Sie grundsätzlich gemäß §8 ff. der Satzung auch Pflichtmitglied der Hessischen Zahnärzte-Versorgung. Bitte melden Sie sich zeitnah mit den beigefügten Formularen oder auf unserer Homepage **unter www.hzv-web.de** als Neumitglied an.

Als angestellte/r Zahnärztin / Zahnarzt haben Sie die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien zu lassen. Ziehen Sie diese Möglichkeit nicht in Betracht, werden Sie in der Deutschen Rentenversicherung Bund und in der Hessischen Zahnärzte-Versorgung doppelversichert und doppelt beitragspflichtig.

Seit 01.01.2023 ist der **Antrag zwingend elektronisch** zu stellen. Bitte nutzen Sie hierfür den elektronischen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht auf unserer Homepage unter www.hzv-web.de. Als Nachweis für die Angaben im elektronischen Befreiungsantrag senden Sie uns bitte eine **Kopie des Arbeitsvertrages** zu.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt nur dann rückwirkend zum Beginn der versicherungspflichtigen Beschäftigung, wenn der elektronische Antrag innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme des Beschäftigungsverhältnisses beim Versorgungswerk eingegangen ist. Geht der elektronische Antrag erst nach Ablauf von 3 Monaten seit Beginn des Beschäftigungsverhältnisses beim Versorgungswerk ein, gilt der Tag des Antrageinganges.

Sofern Sie aus einem anderen zahnärztlichen Versorgungswerk zur HZV kommen:

Zwischen den einzelnen Versorgungswerken bestehen Überleitungsabkommen. Ein Antrag auf Beitragsüberleitung zum neuen Versorgungswerk kann innerhalb von 6 Monaten ab Beginn der Mitgliedschaft in der HZV gestellt werden.

Eine Überleitung ist nicht möglich, falls bereits für mehr als 96 Monate Beiträge zum bisherigen Versorgungswerk entrichtet wurden, das 50. Lebensjahr vollendet ist oder Ansprüche des Mitglieds gegen die bisherige Versorgungseinrichtung gepfändet wurden.

Den Unterlagen ist vorsorglich ein Überleitungsantrag beigefügt, mit der Bitte, diesen gegebenenfalls ausgefüllt und unterschrieben an uns zurückzusenden. Wir werden dann die für die Überleitung Ihrer Beiträge erforderlichen Schritte in die Wege leiten.

Bei Fragen können Sie sich gerne an uns wenden (siehe Kontakt auf der Homepage).

Die HZV wünscht Ihnen zum Start in Hessen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Hessische Zahnärzte-Versorgung

WICHTIGE INFORMATIONEN – BITTE DURCHLESEN

Merkblatt

für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV)

Geltungsbereich der Versicherungspflicht

Antragsfrist

Für Pflichtmitglieder der Hessischen Zahnärzte-Versorgung (HZV) besteht Beitragspflicht, soweit sie zahnärztliche Tätigkeit ausüben. Für sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen, die der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) unterliegen, besteht die Möglichkeit, sich ab Beginn der Pflichtmitgliedschaft in der HZV zugunsten des Versorgungswerkes gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI von der GRV befreien zu lassen.

Der Versicherungspflicht in der GRV unterliegen alle angestellten Zahnärztinnen und Zahnärzte (z. B. in Zahnarztpraxen, Kliniken, Medizinischen Versorgungszentren, auch Assistenz- oder Entlastungszahnärzte).

Der Befreiungsantrag muss innerhalb einer Frist von 3 Monaten seit Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung elektronisch über die homepage der HZV, www.hzv-web.de, bei der Deutschen Rentenversicherung Bund gestellt werden. Die HZV bestätigt nach Prüfung das Vorliegen der Befreiungsvoraussetzungen und leitet den Antrag anschließend ausschließlich elektronisch an die Deutsche Rentenversicherung Bund zur Entscheidung weiterleitet (§ 6 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 SGB VI i. d. F. ab 01.01.2023). Die Deutsche Rentenversicherung Bund erteilt den Bescheid, wie bisher, an Sie in schriftlicher Form.

Bei einer späteren elektronischen Beantragung erfolgt die Befreiung erst ab Zugang des Antrages beim Versorgungswerk, in dem Fall also nicht rückwirkend zum Beschäftigungsbeginn, sodass es zu einer doppelten Beitragsverpflichtung kommt.

Außerdem ist die fristgerechte Befreiung wesentliche Voraussetzung für den Anspruch auf erhöhtes Ruhegeld bei Berufsunfähigkeit.

Die Versicherungspflicht tritt kraft Gesetzes und unabhängig von einer evtl. abweichenden vertraglichen Regelung ein. **Die Prüfung und Beurteilung, ob z. B. eine Scheinselbständigkeit vorliegt, obliegt ausschließlich der Deutschen Rentenversicherung Bund (Clearingstelle).** Bei Zweifeln am sozialversicherungsrechtlichen Status, besteht die Möglichkeit gemäß § 7a SGB IV ein Anfrageverfahren einzuleiten, in welchem die DRV Bund entscheidet, ob eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorliegt.

Der Beschäftigungsumfang spielt bei der Bewertung der zahnärztlichen Tätigkeit keine Rolle. Auch für geringfügige Beschäftigungen / Nebentätigkeiten (z.B. Fachlehrer) ist ein Befreiungsantrag zu stellen.

Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist die Befreiung von der Versicherungspflicht auf die jeweilige konkrete Beschäftigung bei einem Arbeitgeber beschränkt. Danach ist bei jedem Arbeitgeberwechsel stets ein neues Befreiungsverfahren durchzuführen.

Antragsverfahren

Nachdem Sie den Antrag über unsere homepage elektronisch gestellt haben erhalten wir umgehend Nachricht und bestätigen der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin, Ihre Mitgliedschaft. Entscheidend für das Befreiungsdatum ist der Eingang beim Versorgungswerk.

- Es muss **für jedes einzelne Beschäftigungsverhältnis**, das nach dem 31.10.2012 beginnt, eine Befreiung vorliegen. Die Befreiung erfolgt ausnahmslos nur **für eine Beschäftigung als Zahnärztin / Zahnarzt** bei einem bestimmten Arbeitgeber oder für eine tatsächlich ausgeübte berufsspezifische Beschäftigung.

Befreiungsbescheid

Sobald der Befreiungsbescheid der Deutschen Rentenversicherung Bund zugegangen ist, muss dieser **im Original umgehend dem Arbeitgeber vorgelegt** werden. Die HZV erhält von der DRV Bund entsprechend eine elektronische Benachrichtigung über die erfolgte Befreiung.

Nach erfolgter Befreiung ist an die HZV der gleiche Beitrag zu entrichten, der ohne Befreiung an die Deutsche Rentenversicherung Bund zu zahlen wäre. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, einen Zuschuss in Höhe von 50 % des Beitrages zu zahlen.

Verspäteter Antrag / Kein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht

Bei verspäteter oder nicht beantragter Befreiung sind neben den Beiträgen zur GRV maximal 2/10 des Höchstbeitrages der allgemeinen Rentenversicherung an die HZV zu zahlen.

Eine Befreiung von der Beitragspflicht zur Hessischen Zahnärzte-Versorgung wegen Nichtbeantragung der Befreiung ist nicht möglich!

Geringfügige Beschäftigung

Auch bei einer geringfügigen Beschäftigung empfiehlt es sich, sich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gem. § 6 Abs.1 Nr.1 SGB VI befreien zu lassen, soweit es sich bei der geringfügigen Beschäftigung um eine zahnärztliche Tätigkeit handelt.

Wird auf die Versicherungspflicht der gesetzlichen Rentenversicherung verzichtet ist **keine** Befreiung von der Versicherungspflicht zu Gunsten der HZV möglich und es entsteht **trotzdem Beitragspflicht im Versorgungswerk!**

Gültigkeit der Befreiung

- Eine einmal erteilte Befreiung gilt nur, solange das zugrunde liegende Beschäftigungsverhältnis besteht.
- Wird diese Tätigkeit aufgegeben oder erfolgt ein Wechsel des Arbeitgebers, endet die Wirkung der Befreiung. Für eine Folgebeschäftigung muss ein neuer Antrag auf Befreiung gestellt werden.
- Ein neuer Befreiungsantrag ist auch bei **einer wesentlichen Änderung der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit** erforderlich. Dies gilt im Besonderen, wenn Beschäftigte keiner klassischen berufsspezifischen Tätigkeit mehr nachgehen und z.B. im Controlling, Qualitätsprüfung, Medizinjournalismus etc. arbeiten.

Beitragszahlung

In der Regel wird der Arbeitnehmeranteil vom Gehalt einbehalten und zusammen mit dem Arbeitgeberzuschuss direkt vom Arbeitgeber an die HZV überwiesen. Hierzu sollte nach Möglichkeit die Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren genutzt werden. **Wird der Arbeitgeberzuschuss zur Rentenversicherung zusammen mit dem Gehalt an Sie ausgezahlt, bitten wir um kurzfristige Information.**

Rückerstattung von bereits an die GRV gezahlten Beiträgen

Hat der Arbeitgeber bereits Pflichtbeiträge an die GRV entrichtet, die Zeiten der jetzt vorliegenden Befreiung betreffen, sollte das Mitglied außerdem umgehend in Abstimmung mit dem Arbeitgeber die Erstattung bei der Einzugsstelle (Krankenkasse) beantragen. Die erstatteten Beiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) sind unverzüglich an die HZV weiterzuleiten.

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestr. 4
605258 Frankfurt

Anmeldung zur Hessischen Zahnärzte Versorgung (HZV) für angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte

Allgemeine Angaben:

Name, Vorname*:

Geburtsdatum, ggf. Geburtsname*: Geburtsort/-land:

PLZ, Wohnort*: Straße*:

Telefon: Staatsangehörigkeit:

Vers.Nr. Deutsche Renten-Vers*: Steuer-Identifikationsnr.:

Familienstand: ledig / verheiratet / verpartnert / verwitwet / geschieden ggf. Tag der Eheschließung:

Name Ehegatte/Lebenspartner: Geburtsdatum Ehegatte:

Kinder (Vor- und Zuname, Geb.-Datum):

Bisherige Mitgliedschaft in anderen Versorgungswerken*

(Bei Wechsel des Versorgungswerkes, Angabe aller bisherigen Mitgliedschaften im/in Versorgungswerk/en)

(Name/Ort): von: bis:

(Name/Ort): von: bis:

(Name/Ort): von: bis:

Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat der EU gezahlt? ja in nein

Ich versichere, dass ich bei der/den bisherigen Versorgungseinrichtung/en keinen Antrag auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit gestellt habe und derzeit nicht berufsunfähig bin.

Unterschrift, Ort, Datum

* Pflichtangabe

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt am Main

Überleitungsantrag

Persönliche Daten

1. Name, Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

PLZ, Wohnort: Straße:

Telefon: Staatsangehörigkeit:

Familienstand: ledig / verheiratet/ verwitwet/ geschieden ggf. Tag der Eheschließung:

Name Ehegatte: Geburtsdatum Ehegatte:

Kinder (Vor- und Zuname, Geburtsdatum):

(Scheidungs-)/Versorgungsausgleichsverfahren anhängig: ja nein
(Angabe unbedingt erforderlich)

2. Im Bereich der Landeszahnärztekammer Hessen zahnärztlich tätig:

niedergelassen ab / seit:

Praxisanschrift:

oder

angestellt seit

Name, Anschrift Arbeitgeber/in, Betriebs.-Nr:

3. Mitglied des / der (bisheriges Versorgungswerk, Anschrift)

vom: bis:

dortige Mitgliedsnummer:

4. Erstmalige Aufnahme zahnärztlicher Tätigkeit in Deutschland am:

Wurden Ihre Anwartschaften beim bisherigen Versorgungswerk gepfändet? ja nein

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Ziff. 3. genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge an die
Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestr. 4, 60528 Frankfurt am Main
zu übertragen. **Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Geltungsbereichswechsels nicht berufsunfähig gewesen bin.**

(Datum, Ort, Unterschrift)

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestr. 4
60528 Frankfurt am Main

Hinweis:

Bitte heften oder klammern Sie die Unterlagen nicht, da wir die Dokumente einzeln scannen.

Rücksendung Anmeldeunterlagen

Angaben zum Mitglied:

Vorname Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

(*Angaben freiwillig)

Angaben zum / zur Arbeitgeber/in:

Anschrift Steuerberater/in
des Arbeitgebenden*: _____
(mit Telefonnummer)

Betriebs-Nr. Arbeitgeber/in: |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|

Name Arbeitgeber/in: _____

Als Anlage erhalten Sie die nachfolgend aufgeführten Unterlagen (bitte nicht heften):

- Anmeldung zur Hessischen Zahnärzte-Versorgung
- Arbeitsvertrag
- Überleitungsantrag
- _____

(Ort, Datum)

(Unterschi