

Mitgliedsnummer _____

Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

1. Vorname: _____ Nachname: _____

Titel: _____ Geburtsname: _____

Straße/Hausnummer: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: weiblich männlich divers

Steuerliche Identifikationsnummer (11-stellig, Angabe freiwillig): _____

Familienstand: ledig verheiratet/verpartnernt verwitwet geschieden

2. Datum der Approbation: _____

Mitglied der Ärztekammer Sachsen-Anhalt seit: _____

Wann haben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit, auch Auslandstätigkeit, erstmalig aufgenommen: _____

3. Ich bin in Sachsen-Anhalt ab _____

angestellte/r Ärztin/Arzt

Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Betriebsnummer des Arbeitgebers: _____

Haben Sie bereits elektronisch die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? Falls nicht, siehe auf unserer Homepage unter:

Mitglieder – Elektronisches GRV-Befreiungsverfahren.

niedergelassene/r Ärztin/Arzt

Praxisanschrift: _____

Praxisvertreter/in, Honorarärztin/Honorararzt, Gutachter/in, sonstig ärztlich tätig

Art der Tätigkeit: _____

Tätigkeitsort: _____

Beamtin/Beamter

Sanitätsoffizier/in

Dienstherr: _____
(bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

ohne ärztliche Tätigkeit

Gastarzt/Stipendiat (bitte Nachweis beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

4. Ich war Mitglied einer anderen Ärzteversorgung.

Ja, zuletzt Mitglied der Ärzteversorgung: _____ Nein

vom _____ bis _____ dortige Mitgliedsnummer: _____

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt.

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist.

5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters.

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen) Nein

6. Ich wurde nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft einer anderen Ärzteversorgung ausgenommen.

Ja (bitte Ausnahmebescheid beifügen) Nein

7. Erklärung zum Status bei Berufsunfähigkeit

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt berufsunfähig.

Ja (bitte Nachweise beifügen) Nein

Falls „Ja“, bitte ankreuzen:

berufsunfähig teilweise berufsunfähig Arbeitserprobung

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt aktueller Leistungsbezug
wegen Berufsunfähigkeit

Datum

Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aevs.de