

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

Familienstand:  ledig  verheiratet/verpartnert  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: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (bitte Antrag beifügen).

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

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.aeys.de](http://www.aeys.de)