

ÄRZTEVERSORGUNG LAND BRANDENBURG

Einrichtung der Landesärztekammer Brandenburg – Körperschaft des öffentlichen Rechts

Anschrift: Ostrower Wohnpark 2, 03046 Cottbus

Erhebungsbogen (ab 2006)

1. Name: _____ Vorname: _____
2. Geburtstag: _____ Geburtsort: _____
3. Anschrift: _____
4. Approbationsdatum: _____ 5. Staatsangehörigkeit: _____
(bzw. Berufserlaubnis nach § 10 BÄO für ausländische Ärztinnen/Ärzte)
6. Art der jetzigen Berufstätigkeit: _____
- a) Niedergelassen tätig mit ohne Kassenzulassung seit: _____
Praxisanschrift: _____
- b) Angestellte/r Dienststellung: _____
(z.B. Assistenz-Ärztin/Arzt, Oberärztin/-arzt, Chefärztin/-arzt)
Arbeitgeber/in: _____ seit: _____
- c) Beamtin/er: auf Widerruf auf Zeit auf Probe auf Lebenszeit
Soldat/in auf Zeit Berufssoldat/in seit: _____
- d) nicht ärztlich tätig wegen: _____ seit: _____
7. Letzte ärztliche Tätigkeit:
von: _____ bis: _____ Arbeitgeber/in: _____
8. Rentenversicherungspflichtige Tätigkeiten innerhalb der EU / des EWR? ja nein
(wenn ja, bitte formlose Erläuterungen mit Angabe von: / bis: auf Zusatzblatt)
9. Pflichtversichert in der Deutschen Rentenversicherung? ja nein seit: _____
Befreit von der Angestelltenversicherungspflicht gem. § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI mit Wirkung ab dem: _____ zu Gunsten der Ärzteversorgung: _____
10. Vor Aufnahme der beruflichen Tätigkeit im Bereich der Landesärztekammer Brandenburg gehörte ich
 keiner anderen ärztlichen Versorgungseinrichtung an.
 der ärztlichen Versorgungseinrichtung in _____
seit _____ an.
 Zu diesem Versorgungswerk wurden für weniger als 61 Monate Beiträge entrichtet.
Bitte übersenden Sie mir ein Fbl. Überleitungsantrag.
11. Telefonisch erreichbar: privat: _____ dienstlich: _____

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Ort

Datum

Unterschrift, Stempel

Sehr geehrtes Mitglied,

die Ärzteversorgung Land Brandenburg gewährt neben Alters- und Berufsunfähigkeitsrente auch Hinterbliebenenrente, d. h. Witwen – bzw. Witwerrente sowie Halbweisen- bzw. Waisenrente.

Aus versicherungsmathematischer Sicht ist es für die Berechnung eines angemessenen Rückstellungsbedarfes notwendig, dass Näheres über den Familienstand der Mitglieder bekannt ist.

Wir dürfen Sie daher bitten, uns zusätzlich zu Ihren persönlichen Angaben nachfolgende Informationen zu Ihren Familienangehörigen zukommen zu lassen.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre
Ärzteversorgung Land Brandenburg

1. Mitglied:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

2. Ehepartner:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

3. Kinder:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-datum: _____

Ort

Datum

Unterschrift