

ÄRZTEVERSORGUNG LAND BRANDENBURG

Einrichtung der Landesärztekammer Brandenburg – Körperschaft des öffentlichen Rechts

Adresse: Postfach 10 01 35, 03001 Cottbus

Erhebungsbogen

1. Name: _____ Vorname: _____ Akad. Grad: _____
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. Besteht eine Mehrfachbeschäftigung?
 ja nein
Wenn ja,
 im Angestelltenverhältnis als freiberufliche Tätigkeit als geringfügige Beschäftigung
(bis 450,00 €)
Anschrift 2.Arbeitgeber: _____ seit/ab: _____
9. Rentenversicherungspflichtige Tätigkeiten innerhalb der EU / des EWR (außerhalb D)?
(wenn ja, bitte formlose Erläuterungen mit Angabe von: / bis: auf Zusatzblatt)
 ja nein
- 9.1. Wird derzeit eine Erwerbstätigkeit in mehreren Mitgliedsstaaten innerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz ausgeübt?
 ja nein seit: _____
10. Pflichtversichert in der Deutschen Rentenversicherung?
 ja nein seit: _____
Erstmaliger Mitgliedsbeginn in einem Versorgungswerk ab : _____
bei der Ärzteversorgung: _____

11. 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 97 Monate Beiträge entrichtet.

Diese Beiträge möchte ich überleiten. Bitte übersenden Sie mir ein Fbl. Überleitungsantrag.

Ich beziehe bereits eine Altersrente aus einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung.

12. 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:

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

eingetragene Lebenspartnerschaft

2. Ehepartner / eingetragener Lebenspartner:

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

3. Kinder:

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

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

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

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

Ort

Datum

Unterschrift