

ÄRZTEVERSORGUNG LAND BRANDENBURG

- Einrichtung der Landesärztekammer Brandenburg -

Körperschaft des öffentlichen Rechts, Adresse: Postfach 10 01 35, 03001 Cottbus

Erhebungsbogen

Name: _____ Vorname: _____ Akad. Grad: _____

Geburtstag: _____ Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Telefon: _____

Beruflicher Status:

niedergelassene(r) Ärztin/ Arzt mit ohne Kassenzulassung seit: _____

Praxisanschrift: _____

angestellte(r) Ärztin / Arzt: _____

seit: _____ bis: _____ (bei Befristung)

Arbeitgeber (Anschrift): _____

bei Arbeitnehmerüberlassung Arbeitgeber (Anschrift):

auf Honorarbasis Tätige(r)

Beamtin/er: auf Widerruf auf Zeit auf Probe auf Lebenszeit Soldat/in auf Zeit

Berufssoldat/in seit: _____

Stipendiat/in oder Gastärztin/arzt mit Entgelt ohne Entgelt

Sonstiges, und zwar: _____

Besteht eine Mehrfachbeschäftigung? ja nein

Wenn ja, im Angestelltenverhältnis als freiberufliche Tätigkeit als geringfügige Beschäftigung (gemäß § 8 Abs. 1 SGB IV)

Anschrift 2. Arbeitgeber: _____ seit/ab: _____

Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Land Brandenburg?

Befreiungsgrund: ja nein

Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung mit Rentenversicherungsfreiheit

Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit, die innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage im Voraus vertraglich begrenzt ist

Ich bin Mitglied der Zahnärztekammer und Ihrer Versorgungseinrichtung im Land Brandenburg

(bitte Nachweis beifügen)

Ich beziehe bereits eine Altersrente aus einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung seit dem: _____ bei _____ (Versorgungswerk eintragen)

(bitte Nachweis beifügen)

Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit im Land Brandenburg Mitglied in einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung bzw. des Rentenversicherungsträgers anzugeben.

von	bis	Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung/Rententräger
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ich war vor Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit im Land Brandenburg, Mitglied der Ärzteversorgung _____ und beantrage die Beitragsüberleitung meiner bisher an das vorgenannte ärztliche Versorgungswerk geleisteten Versorgungsabgaben an die Ärzteversorgung Land Brandenburg.

ja nein

Hinweis: Eine Überleitung ist nur möglich, wenn für maximal 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und Sie bei Beginn der Mitgliedschaft zur Ärzteversorgung Land Brandenburg das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig?

ja nein

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Wechsels des Arbeitsplatzes nicht berufsunfähig war.

Eine Kopie des Erhebungsbogens darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

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 Halbwaisen- 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

Familienstand:

ledig verheiratet, seit: _____ geschieden, seit: _____ verwitwet, seit: _____

eingetragene Lebenspartnerschaft, seit: _____

Ehepartner / eingetragener Lebenspartner:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Kinder:

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

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

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

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

Ort

Datum

Unterschrift