

## Selbstauskunft

### Angaben zur Person

\_\_\_\_\_  
Name                      ggf. Geburtsname              Vorname                      Titel                      Familienstand

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum              Geburtsort                      männlich/weiblich              Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr., PLZ Wohnort                      Telefon-Nr.

\_\_\_\_\_  
Art der Berufstätigkeit                      Anschrift Arbeitgeber/Arbeitsstätte                      beschäftigt ab/seit  
(selbstständig, Angestellter, ohne Tätigkeit etc.)

\_\_\_\_\_  
Name - ggf. Geburtsname - Vorname des Ehepartners/  
eingetragenen Lebenspartners                      Geburtsdatum des Ehepartners/  
eingetragenen Lebenspartners

Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung  
Niedersachsen gem. § 10 Alterssicherungsordnung (ASO)?                       ja                       nein

*Diese Frage kann nur mit "ja" beantwortet werden, wenn Sie die Voraussetzungen  
des § 10 ASO erfüllen. (Ärzte ohne Berufsausübung, Beamte, Sanitätsoffiziere)*

Sind Sie bereits von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen  
Rentenversicherung befreit?                       ja, seit                       nein

Beantragen Sie die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen  
Rentenversicherung gemäß § 6 Abs. 1 SGB VI zugunsten der Ärzteversorgung  
Niedersachsen?                       ja                       nein

Waren/Sind Sie Mitglied eines anderen Versorgungswerkes?                       ja                       nein

- Versorgungswerk \_\_\_\_\_                      Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

- Beantragen Sie eine verlustlose Überleitung Ihrer Versorgungsabgaben  
in die Ärzteversorgung Niedersachsen?                       ja                       nein

Wurden Sie nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft  
eines anderen Versorgungswerkes ausgenommen?                       ja                       nein  
Wenn ja, bitte Ausnahmebescheid beifügen.

Besteht ein laufendes Insolvenzverfahren oder wurde ein Antrag auf Insolvenz gestellt?  ja                       nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und versichere, dass ich bei Eintritt der Voraussetzungen für die  
Pflichtmitgliedschaft in der Ärzteversorgung Niedersachsen nicht berufsunfähig bin.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Gemäß § 9 des Niedersächsischen Datenschutzgesetzes wird darauf hingewiesen, dass wir diese Daten aufgrund der Rechtsvorschrift des § 15  
Abs. 1 des Kammergesetzes (HKG) erheben.