

# Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Niedersachsen

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. Ich bin Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen

seit \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

## 3. Ich habe Mitgliedszeiten bei folgenden berufsständischen Versorgungswerken:

Versorgungswerk	Mitgliedszeitraum
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____
_____	vom _____ bis _____

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Niedersachsen

Versorgungswerk: \_\_\_\_\_

Dortige Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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.

**4. Ich bin in Niedersachsen 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.

**5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters.**

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen)

Nein

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Niedersachsen nicht berufsunfähig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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