

# Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Niedersachsen  
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

**1. Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname:** \_\_\_\_\_

**Titel:** \_\_\_\_\_ **Geburtsname:** \_\_\_\_\_

**Straße/Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl/Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Geschlecht:**  weiblich  männlich  divers

**Steuerliche Identifikationsnummer (11-stellig, Angabe freiwillig):** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  ledig  verheiratet/verpartnernt  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 _____

**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: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits elektronisch die Befreiung von der Versicherungspflicht beantragt? Falls nicht, siehe auf unserer Homepage unter: ***Mitglieder – Elektronisches GRV-Befreiungsverfahren.***

**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

**6. Erklärung zum Status bei Berufsunfähigkeit**

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

Ja (bitte Nachweise beifügen)

Nein

Falls „Ja“, bitte ankreuzen:

berufsunfähig

teilweise berufsunfähig

Arbeitserprobung

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt

aktueller Leistungsbezug  
wegen Berufsunfähigkeit

---

**Datum**

---

**Unterschrift**

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