

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/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: _____

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: _____

☐ **Beamten/Beamtin**

☐ **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