

Fragebogen zur Versorgungseinrichtung

Mitglieds-Nr.:

Angaben zur Person

Name, Vorname(n)		ggf. Geburtsname	
Straße/Postfach, Nr.		Telefon/Email	
Postleitzahl	Wohnort	Familienstand	Anzahl Kinder
Akademischer Titel	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Ausstellungsdatum der Erlaubnis-/Approbationsurkunde _____ → Bitte Urkunde in Kopie beifügen!			

Angaben zur in Schleswig-Holstein ausgeübten ärztlichen Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Im Angestelltenverhältnis tätig ab/seit _____ <input type="checkbox"/> als Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> nicht ärztlich Genaue Arbeitgeberbezeichnung (mit Anschrift): _____ _____ Sind Sie bereits von der <i>Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung</i> (DRV) wegen Zugehörigkeit zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung befreit? <input type="checkbox"/> nein (Bitte 3-Monatsfrist ab Aufnahme der Tätigkeit beachten!) <input type="checkbox"/> ja, und zwar seit _____	
<input type="checkbox"/> Niedergelassen ab/seit _____ <input type="checkbox"/> Ich beantrage für die ersten 2 Jahre nach meiner Niederlassung die Reduzierung meines Beitrages bis auf 25 % der allgemeinen Versorgungsabgabe (Hinweis: Anderenfalls wäre die allgemeine Versorgungsabgabe zu entrichten)	
<input type="checkbox"/> Beamter oder Soldat Bitte Ernennungsurkunde bzw. Dienstzeitbescheinigung beifügen! <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Befreiung von der Mitgliedschaft nach § 15 (1) a der Satzung. <input type="checkbox"/> Ich beantrage die beitragsfreie Mitgliedschaft. <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung eines freiwilligen Beitrages (Anmerkung: Dies ist innerhalb eines Rahmens von 20 bis 50 % der allgemeinen Versorgungsabgabe möglich).	
<input type="checkbox"/> Grundwehrdienstleistender/ Zivildienstleistender Bitte Kopie des Einberufungsbescheides beifügen! <input type="checkbox"/> ohne ärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ich beantrage die beitragsfreie Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung der <i>Mindestabgabe</i> i. H. v. 20 % der allgemeinen Versorgungsabgabe <input type="checkbox"/> Ich beziehe <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld / <input type="checkbox"/> ALG II seit _____	<input type="checkbox"/> Praxisvertreter ab/seit _____ <input type="checkbox"/> Stipendiat <input type="checkbox"/> Ich beantrage die beitragsfreie Mitgliedschaft <input type="checkbox"/> Gastarzt oder Hospitant <input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zahlung der <i>Mindestabgabe</i> i. H. v. 20 % der allgemeinen Versorgungsabgabe <input type="checkbox"/> Freier Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> sonstige Berufstätigkeit: _____	

Angaben zur zuletzt ausgeübten ärztlichen Tätigkeit

Beginn	Ende	Tätigkeitsort	tätig als
			<input type="checkbox"/> angestellte(r) Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> niedergelassene(r) Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> sonstige ärztliche Tätigkeit

Angaben zu Mitgliedschaften bei anderen Versorgungswerken und Rentenversicherungsträgern

Beginn	Ende	Versorgungswerk / Rentenversicherungsträger	Anschließend Überleitung erfolgt? (ja/nein)
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Überleitung meiner Beiträge vom bisherigen Versorgungswerk an Ihre Versorgungseinrichtung und versichere, dass ich bei dem bisherigen Versorgungswerk keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig gewesen bin.			