

Erhebungsbogen

zur Überprüfung der Mitgliedschaft

Sächsische
Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden


Ärztin/Arzt

Tierärztin/Tierarzt

1. Allgemeine Angaben

Titel	Name, Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)		Geburtsname (wenn abweichend)
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Telefonnummer / E-Mail-Adresse (Angaben freiwillig)	
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
seit:			

2. Angaben zur (derzeitigen) berufsspezifischen Tätigkeit in Sachsen (Fortsetzung auf Seite 2, Zutreffendes bitte ankreuzen)

2.1 angestellt ärztlich / tierärztlich tätig seit (Vertragsbeginn) <input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____ als _____	Für jede rentenversicherungspflichtige Tätigkeit muss eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten des berufsständischen Versorgungswerkes <u>elektronisch</u> beantragt werden. Den Link finden Sie auf unserer Website www.saev.de.		
Arbeitgeber / Anschrift	 Hier gelangen Sie zur elektronischen Antragsstellung: <input type="checkbox"/> Der Antrag wurde von mir bereits elektronisch gestellt		
Ich erhalte ein rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Mit der Unterschrift unter diesem Erhebungsbogen erteile ich die Zustimmung zur Weiterleitung des aktuellen und aller künftigen Befreiungsbescheide nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI in Kopie durch die Sächsische Ärzteversorgung direkt an den Arbeitgeber, um eine ordnungsmäÙe Beitragsabführung zu unterstützen.

Besteht eine Mehrfachbeschäftigung ja nein

Wenn ja,

- im 2. Angestelltenverhältnis tätig als/seit _____

- Arbeitgeber (Name/Adresse) _____

2.2 selbstständig ärztlich / tierärztlich tätig seit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> in eigener Niederlassung		
Praxis- / Dienstanschrift / Tätigkeitsort	<input type="checkbox"/> Honorartätigkeit / Praxisvertreter		
	<input type="checkbox"/> sonstiges		

2.3 im Beamtenverhältnis / bei der Bundeswehr in Sachsen tätig seit <input type="checkbox"/> _____ (Bitte Ernennungsurkunde / Nachweis beifügen)	als
Dienststelle (Adresse)	

2.4 ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit als	seit
WICHTIG: Bitte jeweils Nachweis/Vertrag beifügen.	
<input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Stipendiat / Hospitant / Praktikant <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit <input type="checkbox"/> berufsfremde Tätigkeit <input type="checkbox"/> Gstarzt (ohne rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt) <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von ALG I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ich beantrage für Zeiten ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung gemäß § 10 Abs.1 Nr.4 der Satzung der SÄV. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Ich zahle für diese Zeiten den Beitrag gemäß der Satzung der SÄV.)
<input type="checkbox"/> Elternzeit (Bitte Kopie der Geburtsurkunde und Nachweis über die Dauer beifügen) <input type="checkbox"/> Rentenbezug (Bitte Nachweis beifügen)	

3. Angaben zur Mitgliedschaft in vorherigen berufsständischen Versorgungseinrichtungen in Deutschland bzw. anderen sozialen Sicherungssystemen im europäischen Wirtschaftsraum.

von	bis	Name der Versorgungseinrichtung / Versicherungsnummer	Land

Besteht Berufsunfähigkeit **nein** **ja** (Bitte Nachweis beifügen)

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe.

Alle Änderungen zu den o.g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Anliegens erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.
Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden. Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____