

# Veränderungsmitteilung/Tätigkeitsauskunft

zur Mitgliedschaft

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

Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Angaben

Name

Straße / Postfach, Nr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

## 2. Veränderungen in den persönlichen Angaben

Namensänderung (Bitte Nachweis einreichen.)

Titel: \_\_\_\_\_ (Bitte Nachweis einreichen.)

## 3. Angaben zur bisherigen Tätigkeit

An meiner bisherigen Tätigkeit hat sich nichts geändert.

Tätigkeit als (genaue Bezeichnung)

Meine bisherige Tätigkeit endete am \_\_\_\_.

Tätigkeit als (genaue Bezeichnung)

## 4. Veränderungen der aktuellen beruflichen Situation (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

unbezahlte Freistellung vom Arbeitgeber im Zeitraum vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_.

Krankheit ohne Lohnfortzahlung vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_.

gesetzlich krankenversichert     privat krankenversichert    Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Bezug von:     Krankengeld     Verletztengeld     Pflegeunterstützungsgeld

Mutterschutz vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_.  
(Bitte Kopie der Geburtsurkunde des Kindes einreichen.)

Elternzeit vom \_\_\_\_ bis \_\_\_\_.  
(Bitte Kopie der Geburtsurkunde des Kindes und Nachweise über die Elternzeit einreichen.)

## 5. Angaben zur neuen zukünftigen Tätigkeit

Beginn einer neuen Beschäftigung am \_\_\_\_\_. (Vertragsbeginn), ggf. bis \_\_\_\_\_.  
Arbeitgeber/Dienststelle (vollständige Adresse):  
\_\_\_\_\_

### Hinweis:

Bei jeder Aufnahme einer Beschäftigung **muss zwingend** ein neuer Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung gestellt werden. Damit die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ab Beginn Ihrer Tätigkeit ausgesprochen werden kann, muss der Antrag **innerhalb einer Frist von 3 Monaten** nach Aufnahme dieser Beschäftigung gestellt werden.

In eigener Niederlassung erstmalig selbstständig tätig ab \_\_\_\_\_. (Zeitpunkt der Niederlassung)

Selbstständig tätig ab \_\_\_\_\_ als/in \_\_\_\_\_.

Ich bin ab \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ nicht ärztlich/tierärztlich tätig.

Ich bin ab \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich \_\_\_\_\_ bei der Agentur für Arbeit gemeldet und beziehe:

ALG I.       ALG II.       keine Leistungen.       Leistungen erst ab \_\_\_\_\_.

Beamter / Soldat auf Zeit ab \_\_\_\_\_. (Ernennungsurkunde bitte beilegen.)

Wehr- bzw. Zivildienst / Wehrdienstübung ab \_\_\_\_\_.

Im Ausland tätig / wohnhaft ohne Tätigkeit ab \_\_\_\_\_.

Berufsfremd tätig ab \_\_\_\_\_.

Stipendiat / Gastarzt / Hospitant ab \_\_\_\_\_. (Bitte jeweiligen Vertrag einreichen.)

Ausschließliche Pflegetätigkeit ab \_\_\_\_\_.

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

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage [www.saev.de](http://www.saev.de).

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## 6. Freiwillige Angaben

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_