

# 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 (Angaben freiwillig)
E-Mail Adresse* (Angabe freiwillig)		
*Mit Angabe der E-Mail-Adresse stimme ich der Kontaktaufnahme durch die Sächsische Ärzteversorgung per E-Mail zu.		
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
seit:		

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

<b>2.1 Angestellt</b> ärztlich / tierärztlich tätig <b>seit</b> (Vertragsbeginn) <input type="checkbox"/> ____ . ____ . ____ als _____	<b>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 <a href="http://www.saev.de">www.saev.de</a>.</b>  Hier gelangen Sie zur elektronischen Antragsstellung: <input type="checkbox"/> <b>Der Antrag wurde von mir bereits elektronisch gestellt</b>
Arbeitgeber / Anschrift	
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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB VI in Kopie durch die Sächsische Ärzteversorgung (SÄV) direkt an den Arbeitgeber sowie die Zustimmung zur Kontaktaufnahme mit meinen aktuellen und zukünftigen Arbeitgebern (oder für die Entgeltabrechnung beauftragte Dritte), um eine ordnungsmäße Beitragsabführung zu unterstützen.	
Besteht eine Mehrfachbeschäftigung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	
Wenn ja, - im 2. Angestelltenverhältnis tätig als _____ - Arbeitgeber (Name/Adresse) _____ _____	

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

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

<b>2.4 Ohne</b> ärztliche / tierärztliche Tätigkeit als <b>WICHTIG:</b> Bitte jeweils <b>Nachweis/Vertrag</b> beifügen. <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Stipendiat / Hospitant / Praktikant <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit <input type="checkbox"/> berufsfremde Tätigkeit <input type="checkbox"/> Gastarzt (ohne rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt) <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von ALG I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit <hr/> Ich beantrage für Zeiten ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 4 der Satzung der SÄV. Im Versorgungsfall bestehen aus Zeiten der Befreiung somit keinerlei Ansprüche gegenüber der Sächsischen Ärzteversorgung. <input type="checkbox"/> ja (Ich beantrage die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft.) <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](http://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** \_\_\_\_\_