

Veränderungsmitteilung/Tätigkeitsauskunft

zur Mitgliedschaft

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

Mitglieds-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

<input type="checkbox"/> An meiner bisherigen Tätigkeit hat sich nichts geändert.	Tätigkeit als (genaue Bezeichnung)
<input type="checkbox"/> 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 _____
(Bei Selbstständigkeit: Bitte Kopie der Geburtsurkunde des Kindes einreichen.)
- Elternzeit vom _____ bis _____
(Bitte 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.

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 _____