

Erhebungsbogen

zur Überprüfung der Mitgliedschaft in der Sächsischen Ärzteversorgung (SÄV)

Rechtsgrundlage der Erhebung ist § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung, unter Beachtung aller geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften

Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Postfach 10 04 51
01074 Dresden

Ärztin/Arzt

Tierärztin/Tierarzt

1. Allgemeine Angaben

Titel	Name, Vorname		Geburtsname
Geburtsort	Geburtsdatum <small>Bitte Kopie der Geburtsurkunde beifügen.</small>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit
Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) _____ seit: _____			
Familienstand	Telefonnummer (tagsüber zu erreichen) <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich <small>(Angabe freiwillig)</small>	E-Mail-Adresse <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> dienstlich <small>(Angabe freiwillig)</small>	

2. Angaben zur Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) / Landestierärztekammer (SLTÄK)

Datum Hochschulabschluss	Datum Approbation	Haben Sie sich bereits bei der SLÄK/SLTÄK angemeldet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	-------------------	--

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

3.1 angestellt ärztlich / tierärztlich tätig seit (Vertragsbeginn) <input type="checkbox"/> *	als (genaue Bezeichnung)
Arbeitgeber / Anschrift	Für jede rentenversicherungspflichtige Tätigkeit muss eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten des berufsständischen Versorgungswerkes neu beantragt werden (Entscheidung des BSG vom 31.10.2012) <input type="checkbox"/> Der Antrag liegt ausgefüllt bei
Ich erhalte ein rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Mehrfachbeschäftigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, - im 2. Angestelltenverhältnis tätig als/seit _____ - Arbeitgeber (Name/Adresse) _____ _____	

3. Angaben zur (derzeitigen) berufsspezifischen Tätigkeit in Sachsen (Fortsetzung von Seite 1, *zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

3.4 ohne ärztliche / tierärztliche Tätigkeit als* <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Stipendiat / Hospitant / Praktikant <input type="checkbox"/> Haushalt <input type="checkbox"/> berufsfremde Tätigkeit <input type="checkbox"/> Gastarzt (ohne rentenversicherungspflichtiges Arbeitsentgelt) <input type="checkbox"/> arbeitslos > mit Bezügen der Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	seit *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 halben Mindestbeitrag gemäß § 15 Abs.3 Satz 2 der Satzung der SÄV.)
WICHTIG: Bitte jeweils Nachweis/Vertrag beifügen.	
<input type="checkbox"/> Elternzeit (Bitte Kopie der Geburtsurkunde und Nachweis über die Dauer beifügen) <input type="checkbox"/> Rentenbezug (Bitte Nachweis beifügen)	

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

von	bis	Name der Versorgungseinrichtung / Versicherungsnummer	Land

Besteht eine Schwerbeschädigung/Behinderung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)
Besteht Berufs-/Erwerbsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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.		
Ort, Datum	Unterschrift	