

# Erhebungsbogen


zur Überprüfung der Mitgliedschaft

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Tierärztin/Tierarzt
	Mitgliedsnummer	

## 1. Angaben zur Person

Familiennamen		Vorname (Rufname)	
Geburtsname (wenn abweichend)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich  <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> deutsch  <input type="checkbox"/> _____	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
Telefonnummer (Angabe freiwillig)		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)	

## 2. Angaben zur (derzeitigen) berufsspezifischen Tätigkeit in Sachsen

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

Mit der Unterschrift unter diesem Erhebungsbogen erteile ich die Zustimmung zur Weiterleitung des aktuellen und aller künftigen Befreiungsbescheide nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 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?**       nein       ja, seit \_\_\_\_\_

Wenn ja, im 2. Angestelltenverhältnis tätig als \_\_\_\_\_  
 bei Arbeitgeber (Name/Adresse) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

<b>2.2 Selbstständig</b> ärztlich / tierärztlich tätig <input type="checkbox"/> seit _____	<input type="checkbox"/> in eigener Niederlassung <input type="checkbox"/> Honorartätigkeit / Praxisvertreter <input type="checkbox"/> sonstiges
Praxis- / Dienstanschrift / Tätigkeitsort	
<b>2.4 Ohne</b> ärztliche / tierärztliche Tätigkeit als <input type="checkbox"/> seit _____ <input type="checkbox"/> ohne Tätigkeit <input type="checkbox"/> berufsfremde Tätigkeit (Bitte Nachweis beifügen.) <input type="checkbox"/> Student (Bitte Nachweis beifügen.) <input type="checkbox"/> Stipendiat / Hospitant / Praktikant / Gastarzt (Bitte Nachweis beifügen.) <input type="checkbox"/> arbeitslos mit Bezug von ALG I <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Für Zeiten ohne ärztliche/tierärztliche Tätigkeit ist der halbe Mindestbeitrag gemäß der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung (SSÄV) zu zahlen. Damit erwerben Sie Anspruch auf Leistungen zur Altersvorsorge, als auch Risikoschutz im Falle von Berufsunfähigkeit und Tod für Sie bzw. Ihre Familie.  Es besteht aber die Möglichkeit der Befreiung, was jedoch mit dem Verzicht auf diesen umfassenden Versicherungsschutz einhergeht.  <input type="checkbox"/> Ich verzichte auf den Versicherungsschutz. <small>(Ich beantrage die Befreiung von der Pflichtmitgliedschaft.)</small>

<b>3. Mitgliedschaft bei Mutterschutz-/Elternzeit</b>	
<b>Mutterschutz-/Elternzeit</b>  <input type="checkbox"/> seit _____ (Bitte Kopie der Geburtsurkunde und Nachweis über die Dauer beifügen)  Gemäß § 17 SSÄV besteht Beitragsfreiheit in Zeiten des Mutterschutzes und während der Elternzeit, sofern keine ärztliche oder tierärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.	

<b>4. Angaben zur Mitgliedschaft in der zuletzt zuständigen Versorgungseinrichtung</b>		
Name der Versorgungseinrichtung		Mitgliedsnummer / Versicherungsnummer
von	bis	Land (wenn nicht Deutschland)

<b>5. Erklärung Berufsunfähigkeit</b>		
<b>Besteht Berufsunfähigkeit</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweis beifügen)		

<b>6. Erklärung wahrheitsgemäßer Angaben und Datenschutzerklärung</b>	
<p>Ich versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind und ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe.</p> <p>Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 SSÄV umgehend mit.</p> <p>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.</p> <p>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/Antrages erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.</p> <p>Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage <a href="http://www.saev.de">www.saev.de</a>.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.</p> <p>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.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift