

## Veränderungsmitteilung/Tätigkeitsauskunft zur Mitgliedschaft

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

### 1. Angaben zur Person

Familienname, Vorname (Rufname)
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort
Geburtsdatum

### 2. Veränderung in den persönlichen Angaben

<input type="checkbox"/> Namensänderung (Nachweis beifügen)	neuer Name
<input type="checkbox"/> Titel (Nachweis beifügen)	Titel

### 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	Datum	Tätigkeit als (genaue Bezeichnung)

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

<input type="checkbox"/> unbezahlte <b>Freistellung</b> vom Arbeitgeber	von	bis
<input type="checkbox"/> <b>Krankheit</b> ohne Lohnfortzahlung	von	bis
	<input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert	<input type="checkbox"/> privat krankenversichert
Angabe des Trägers (Krankenkasse/Berufsgenossenschaft)	<input type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/> Verletztengeld
<input type="checkbox"/> <b>Mutterschutz</b> (Bei Selbstständigkeit: Kopie der Geburtsurkunde des Kindes einreichen)	von	bis
<input type="checkbox"/> <b>Elternzeit</b>	von	bis

## 5. Angaben zur neuen zukünftigen Tätigkeit

<input type="checkbox"/> Beginn einer <b>neuen Beschäftigung</b>	von (Vertragsbeginn)	ggfs. bis
Arbeitgeber / Dienststelle (vollständige Adresse)		
<p><b>Hinweis:</b>                  Sofern Sie die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht für diese Beschäftigung wünschen, ist ein neuer Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung zu stellen. Damit die Befreiung ab Beginn Ihrer Tätigkeit ausgesprochen werden kann, muss der Antrag innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach Aufnahme dieser Beschäftigung gestellt werden. Zur Antragsstellung gelangen Sie über den QR-Code:</p>		
		
<input type="checkbox"/> in eigener Niederlassung <b>erstmalig</b> selbstständig tätig	seit (KV-Anmeldung)	
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig	seit	als/in
<input type="checkbox"/> <u>nicht</u> ärztlich/tierärztlich tätig	von	voraussichtlich bis
<input type="checkbox"/> Meldung bei der <b>Agentur für Arbeit</b>	von	voraussichtlich bis
<input type="checkbox"/> ALG I <input type="checkbox"/> Bürgergeld <input type="checkbox"/> kein Leistungsbezug <input type="checkbox"/> Sperrfrist bis:		
<input type="checkbox"/> <b>Beamter / Soldat</b> (Nachweis beilegen)	seit	
<input type="checkbox"/> <b>Wehrdienst/ -übung / Reservistendienst</b>	von	bis
<input type="checkbox"/> <b>im Ausland</b> tätig / wohnhaft ohne Tätigkeit	seit	Land
<input type="checkbox"/> <b>Berufsfremd</b> tätig	seit	
<input type="checkbox"/> <b>Stipendiat / Hospitant / Gastarzt</b> (Nachweis beilegen)	seit	
<input type="checkbox"/> <b>Pflegetätigkeit</b>	seit	
<input type="checkbox"/> Bezug <b>Pflegeunterstützungsgeld</b>	seit	

## 6. Erklärung wahrheitsgemäßer Angaben und Datenschutzerklärung

Telefonnummer (Angabe freiwillig)	
E-Mailadresse (Angabe freiwillig)	
<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>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