

B. Angaben zur Berufstätigkeit im Kammerbereich Berlin

Sind Sie in Berlin als Ärztin/Arzt berufstätig?	<input type="checkbox"/> Nein	Tag	Monat	Jahr
	<input type="checkbox"/> Ja, ab			

Beruflicher Status

Ich bin tätig als:

angestellte(r) Ärztin/Arzt

niedergelassene(r) Ärztin/Arzt

auf Honorarbasis Tätige(r)

Beamtin/-er auf Zeit / Lebenszeit / Widerruf / zur Probe

Soldat/in auf Zeit / Berufssoldatin

Stipendiat/in oder Gastärztin/-arzt

Sonstiges, und zwar als: _____

Ich bin bei der Agentur für Arbeit (Ort) _____ arbeitslos gemeldet und habe

Leistungen beantragt.

keine Leistungen beantragt.

Anschrift Ihrer Praxis bzw. Name/Anschrift Ihres Arbeitgebers (bitte ggf. Campus angeben):	
Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

C. Angaben zur Mitgliedschaft

Ich beantrage als angestellte/r Arzt/Ärztin die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung zu Gunsten der Berliner Ärzteversorgung.

ja

nein

Bitte beachten Sie, dass für jede neue Beschäftigung innerhalb einer Frist von 3 Monaten ab Beschäftigungsbeginn ein erneuter Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund zu stellen ist.

Hinweis: Wird kein Antrag auf Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt, so ist der Mindestbetrag in Höhe des 0,2-fachen der allgemeinen Versorgungsabgabe an die Berliner Ärzteversorgung zu entrichten (bitte Ziffer 3 des Merkblattes beachten).

Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung?

ja

nein

Befreiungsgrund:

Ausländische Staatsbürgerschaft außerhalb der EU/EFTA (bitte Ausweiskopie beifügen)

Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung mit Rentenversicherungsfreiheit

Pflichtmitgliedschaft in mehreren Ärztekammern mit Hauptwohnsitz im Kammerbereich: _____

Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit, die innerhalb eines Kalenderjahres auf längstens drei Monate oder 70 Arbeitstage im Voraus vertraglich begrenzt ist

D. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Berlin schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung bzw. des Rentenversicherungsträgers anzugeben.

von			bis			Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	_____	_____
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	_____	_____
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	_____	_____
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr	_____	_____

Mit Beginn meiner Mitgliedschaft beantrage ich die Überleitung meiner bisher an ein anderes ärztliches Versorgungswerk geleisteten Versorgungsabgaben an die Berliner Ärzteversorgung.

ja

nein

Hinweis: Eine Überleitung ist nur möglich, wenn für maximal 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und Sie bei Beginn der Mitgliedschaft zur Berliner Ärzteversorgung maximal 49 Jahre alt sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich nicht wirksam Mitglied des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich berufsunfähig im Sinne des § 10 der Satzung über die Berliner Ärzteversorgung bin.

Eine Kopie des Erhebungsbogens darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift