



Anmeldung zum Versorgungswerk

1. Persönliche Daten		
Name	Vorname	Titel
Geburtsname	Geburtsort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	
Familienstand		
☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet		
☐ verheiratet ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft		
Geburtsdatum Ehe-/Lebenspartner		
Hauptwohnsitz		
Straße		
Postleitzahl	Ort	
Telefon	Mobil	E-Mail

2. Mitgliedschaft Ärztekammer des Saarlandes
Eine Mitgliedschaft bei der Saarländischen Ärzteversorgung kann satzungsgemäß nur begründet werden, wenn auch eine Pflichtmitgliedschaft bei der Ärztekammer des Saarlandes besteht. Der dortige Anmelde-termin kann von dem tatsächlichen Mitgliedschaftsbeginn abweichen. In Zweifelsfällen erfragen Sie bitte das genaue Datum bei der Ärztekammer des Saarlandes.
In Kenntnis dessen erkläre ich ausdrücklich, dass ich seit dem Pflichtmitglied der Ärztekammer des Saarlandes bin.

3. Ärztliche/zahnärztliche Tätigkeit	
Berufsgruppe ☐ ärztliche Tätigkeit ☐ zahnärztliche Tätigkeit	
a) Im Angestelltenverhältnis Beschäftigungsbeginn lt. Arbeitsvertrag (bitte genaues Datum angeben)	Elektronische Befreiung beantragt ☐ ja ☐ nein
	Tätigkeitsbezeichnung lt. Arbeitsvertrag
Arbeitsstätte/Arbeitgeber	
Anschrift des Arbeitsgebers	
Postleitzahl	Ort
☐ Bei der angestellten Tätigkeit handelt es sich um eine nach § 8 SGB IV geringfügig entlohnte bzw. kurzfristige Beschäftigung (bitte entsprechenden Nachweis des Arbeitgebers beifügen)	

b)	☐ Niedergelassen Tätigkeitsbeginn	☐ Privatpraxis als
Praxisanschrift		
Postleitzahl		Ort

c)	Im Beamtenverhältnis auf Widerruf – auf Probe – auf Lebenszeit, Sanitätsoffizier/in (bitte Urkunde beifügen)	
	ab	Dienstbezeichnung
Dienststellung		
Dienststelle		

d)	Sonstige berufliche Tätigkeit (Praxisvertreter, Gutachter u.ä.)	
	ab	als
wo		

e)	Ist die Tätigkeit auf einen Zeitraum von kürzer als 3 Wochen begrenzt?		☐ nein	☐ ja
----	--	--	-------------------------------	-----------------------------

f)	Sind Sie auch außerhalb des Saarlandes ärztlich/zahnärztlich tätig?		☐ nein	☐ ja
	ab	als		
wo				
Gehören Sie aufgrund dieser Tätigkeit einer anderen ärztlichen/zahnärztlichen Versorgungseinrichtung an?				
Versorgungseinrichtung				
Mitgliedschaft seit				

4. Bisherige Altersversorgung				
Waren Sie Mitglied anderer ärztlichen/zahnärztlichen Versorgungseinrichtungen?			☐ nein	☐ ja
Erstmaliger Eintritt in das System berufsständischer Versorgungswerke				
Versorgungseinrichtung				
Zuletzt war ich Mitglied		vom	bis	
bei der Versorgungseinrichtung				

5. Rentenbezug von einem berufsständischen Versorgungswerk oder der Deutschen Rentenversicherung Bund	
☐ Berufsunfähigkeitsrente (auch vorübergehend)	Träger
☐ Altersrente, vorgezogene Altersrente	Träger

6. Rentenbezug von einem berufsständischen Versorgungswerk oder der Deutschen Rentenversicherung Bund
Liegt eine Berufsunfähigkeitsrente vor bzw. wurde bei einer anderen Versorgungseinrichtung oder privaten Berufsunfähigkeitsversicherung ein Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt?

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und versichere gleichzeitig, dass es sich um eine **berufsspezifische Beschäftigung** handelt.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweis nach Art. 13 und 14 VO (EU) 2016/679 (Datenschutz-Grundverordnung):

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 2 und § 3 Abs. 1 SDStG i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a), c) und e) DSGVO. Sie werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.