

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

## Erhebungsbogen

Bitte zurück an die Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern  
Gutenberghof 7, 30159 Hannover

1. Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Steuerliche Identifikationsnummer (11-stellig, Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet/verpartnert  verwitwet  geschieden

2. Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

Mitglied der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern seit: \_\_\_\_\_

Wann haben Sie Ihre ärztliche Tätigkeit, auch  
Auslandstätigkeit, erstmalig aufgenommen: \_\_\_\_\_

3. Ich bin in Mecklenburg-Vorpommern ab \_\_\_\_\_

angestellte/r Ärztin/Arzt

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Betriebsnummer des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Haben Sie bereits elektronisch die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt? Falls nicht, siehe auf unserer Homepage unter:  
**Mitglieder – Elektronisches GRV-Befreiungsverfahren.**

niedergelassene/r Ärztin/Arzt

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

**Praxisvertreter/in, Honorarärztin/Honorararzt, Gutachter/in, sonstig ärztlich tätig**

Art der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsort: \_\_\_\_\_

**Beamtin/Beamter**

**Sanitätsoffizier/in**

Dienstherr: \_\_\_\_\_

(bitte Ernennungsurkunde beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

**ohne ärztliche Tätigkeit**

**Gastarzt/Stipendiat** (bitte Nachweis beifügen)

Ich bin von der Mitgliedschaft ausgenommen.

#### 4. Ich war Mitglied einer anderen Ärzteversorgung.

Ja, zuletzt Mitglied der Ärzteversorgung: \_\_\_\_\_  Nein

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ dortige Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Beitragsüberleitung zur Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern.

Hinweis: Eine Beitragsüberleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neuen Kammerbereich noch nicht vollendet ist.

#### 5. Ich beziehe bereits eine Vollrente wegen Alters.

Ja (bitte Rentenbescheid beifügen)

Nein

#### 6. Ich wurde nach Vollendung des 45. Lebensjahres von der Pflichtmitgliedschaft einer anderen Ärzteversorgung ausgenommen.

Ja (bitte Ausnahmebescheid beifügen)

Nein

#### 7. Erklärung zum Status bei Berufsunfähigkeit

Ich bin bei Beginn der Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern berufsunfähig.

Ja (bitte Nachweise beifügen)

Nein

Falls „Ja“, bitte ankreuzen:

berufsunfähig

teilweise berufsunfähig

Arbeitserprobung

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt

aktueller Leistungsbezug wegen Berufsunfähigkeit

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter [www.aevm.de](http://www.aevm.de)