



## Kontaktdaten

Akademischer Grad	
Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum, -ort	
Adresse Straße und Ort	
Telefonnummer	
Emailadresse	
Staatsangehörigkeit	
Steuer-Identifikationsnummer	
IBAN	
BIC, Bank	

## Hauptbeschäftigung / Arbeit gem § 23c II SGB IV

Nr. 1 Ich übe eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in Form einer festen Anstellung aus.	
ja	nein

Arbeitgeber	
<b>Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche</b>	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Die Tätigkeit findet <b>außerhalb</b> des Rettungsdienstes statt.	
ja	nein

Einen Nachweis in Form einer Gehaltsabrechnung oder  
des Arbeitsvertrages finden Sie im Anhang.



Nr. 2 Ich übe eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung als niedergelassener Arzt aus.	
Ich bin niedergelassen als	Vertragsarzt
Ich bin niedergelassen als	Arzt in privater Niederlassung
Name der Praxis	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

### Krankenversicherung

Mein Jahresarbeitsentgelt aus der Beschäftigung liegt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung.	
ja	nein

Derzeit bin ich
gesetzlich krankenversichert als freiwilliges Mitglied bei _____
privat krankenversichert _____

### Rente

Ich bin Pflichtmitglied einer Versorgungseinrichtung der Ärzte.	
ja	nein
Ärzteversorgung _____	

Auf Grund der Mitgliedschaft im Versorgungswerk habe ich mich von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen.	
ja	nein

Ich versichere die Richtigkeit obiger Angaben. Sofern gegenüber meinen Angaben Änderungen eintreten, werde ich diese **umgehend schriftlich** mitteilen.

Mir ist bewusst, dass ich für Folgen von Falschangaben oder unterlassener Benachrichtigung bei Wegfall oder Änderung des Befreiungsgrundes für die sozialversicherungsfreie Tätigkeit für den Arbeitgeber **hafte ich**.

Ort, Datum	Unterschrift