

| Persönliche Daten (bitte auf Richtigkeit überprüfen und ggf. korrigieren) |
|--|
| Name |
| Straße / Postfach, Nr. |
| Postleitzahl, Wohnort |
| Geburtsdatum |

| Angaben zur bisherigen Tätigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen) |
|---|
| <input type="checkbox"/> An meiner bisherigen Tätigkeit hat sich nichts geändert. |
| <input type="checkbox"/> Meine bisherige Tätigkeit endet(e) am __. __. ____ (ggf. Vertragsende) |

| Veränderungen in der bisherigen beruflichen Situation (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen) |
|---|
| <input type="checkbox"/> Sonderurlaub vom __. __. ____ bis __. __. ____ <input type="checkbox"/> Meine Bezüge fallen weg <input type="checkbox"/> Ich erhalte weiterhin Bezüge |
| <input type="checkbox"/> Krankheit ohne Lohnfortzahlung vom __. __. ____ bis __. __. ____ <input type="checkbox"/> gesetzlich krankenversichert <input type="checkbox"/> privat krankenversichert Krankenkasse: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutterschutz vom __. __. ____ bis __. __. ____ |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit vom __. __. ____ bis __. __. ____ |
| <input type="checkbox"/> Entsendung vom __. __. ____ bis __. __. ____ |
| Bitte legen Sie für diese Angaben eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers bei, oder lassen Sie die Angaben in diesem Feld durch Ihren Arbeitgeber bescheinigen. |
| _____ (Datum, Unterschrift) |
| _____ (Firmenstempel) |

| Angaben zur zukünftigen Tätigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen und ausfüllen) | |
|--|---|
| Beginn der neuen Tätigkeit am ____ . ____ . ____ (Vertragsbeginn), ggf. bis ____ . ____ . ____ | |
| Arbeitgeber/Dienststelle/Praxisadresse | |
| PLZ, Ort, Straße | |
| Tätig im Bereich der Versorgungseinrichtung/Kammer | |
| <input type="checkbox"/> | Im Angestelltenverhältnis tätig <input type="checkbox"/> mit Liquidationsberechtigung/Kassenermächtigung |
| <input type="checkbox"/> | Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: ____ . ____ , ____ € (Bei fehlender Angabe Annahme des monatlichen RV-Höchstbeitrags in Höhe von 7.550,00 €.) |
| | Betriebsnummer des Arbeitgebers: _ _ _ _ _ |
| | E-Befreiungsantrag gestellt am: ____ . ____ . ____ |
| <input type="checkbox"/> | Niedergelassen (bitte Praxisadresse oben eintragen) |
| <input type="checkbox"/> | Praxisvertreter - Höhe der voraussichtlichen monatlichen Einnahmen: |
| <input type="checkbox"/> | Freier Mitarbeiter |
| <input type="checkbox"/> | Wehrübung in (zahn-, tier-,) ärztlicher Verwendung (Bitte Dienststelle oben eintragen und Einberufungsbescheid beilegen.) |
| | <input type="checkbox"/> Das Beschäftigungsverhältnis besteht in dieser Zeit ruhend weiter. |
| <input type="checkbox"/> | Entwicklungshelfer (Bitte Arbeitgeberadresse eintragen und Arbeitsvertrag beilegen) |
| <input type="checkbox"/> | Monatliches Bruttoarbeitsentgelt: ____ . ____ , ____ € (Bei fehlender Angabe Annahme des monatlichen RV-Höchstbeitrags in Höhe von 7.550,00 €.) |
| | Betriebsnummer des Arbeitgebers: _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> | Beamter oder Soldat (Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen.) |
| <input type="checkbox"/> | Im Ausland tätig (bei Vorliegen einer Entsendung diese bitte auf Seite 1 des Formblatts vom Arbeitgeber bescheinigen lassen.) |
| <input type="checkbox"/> | Arbeitslos - Bei der Agentur für Arbeit gemeldet (Adresse) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld wird bezogen Bitte Kundenr. angeben: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Berufsfremd tätig (nicht in (zahn-, tier-,) ärztlicher Tätigkeit (Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beilegen.) |
| <input type="checkbox"/> | Stipendiat (Bitte Stipendiums zusage beilegen.) |
| <input type="checkbox"/> | Gastarzt, Hospitant (Bitte Kopie des Vertrages beifügen.) |
| <input type="checkbox"/> | Arzt ohne Tätigkeit |

Ihre Daten werden nur erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Wahrnehmung der Aufgaben der Versorgungsanstalt erforderlich ist. Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren Daten und Rechten im Internet unter www.bwva.de. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne zu.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift