

An die
Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

Mitgliedsnummer: _____

(wird von der LAK ausgefüllt)

Antrag zur freiwilligen Mitgliedschaft

I. Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Straße, Haus-Nr. : _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Staatsexamen
bestanden am: _____

Universität: _____

II. Angaben zum Ausbildungsbetrieb

1. Halbjahr:

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

Praktikum in o. g. Betrieb von*: _____ bis: _____

2. Halbjahr (falls abweichend):

Name und Anschrift des Beschäftigungsbetriebes:

Praktikum in o. g. Betrieb von*: _____ bis: _____

*Geben Sie bitte den **Vertragsbeginn** an.

Bitte beachten:

Die Aufnahme als freiwilliges Mitglied erfolgt zu Beginn Ihres Pharmaziepraktikums in Hessen, sofern der Antrag innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsbeginn bei uns eingegangen ist. Anderenfalls kann die Aufnahme frühestens ab Eingangsdatum des Antrages bei der Landesapothekerkammer Hessen erfolgen.

Umstehende Angaben werden zur Führung unserer Mitgliederdatei benötigt. Rechtsgrundlage für die Erhebung ist § 11 Abs. 1 Hessisches Datenschutzgesetz (HDSG). Alle Daten, soweit sie den Bestimmungen des HDSG unterliegen, werden nur für kammerinterne Zwecke verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift

Versorgungswerk
der LAK Hessen
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

Mitgl.-Nr.:
Mitgl.-Gruppe:
Beginn:

(wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

Anmeldebogen für Pharmaziepraktikanten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Privatanschrift: _____

Tel.: (privat) _____ Tel.: (berufl.) _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Familienstand: _____

Versorgungsausgleich: () ja () nein () laufendes Verfahren (Zutreffendes ist angekreuzt)

Vorname Ehegatte: _____ geb. am: _____

Kinder: Name: Vorname: geb. am

1) _____

2) _____

3) _____

Arbeitgeber:

Name: _____

Anschrift: _____

seit* _____ * Geben Sie bitte den Vertragsbeginn an.

wöchentl. Stundenzahl: _____ mtl. Bruttoentgelt: _____

Beantragen Sie Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI zu Gunsten des Versorgungswerkes der LAK Hessen?

ja () nein () Wenn ja, bitte beigefügten Antrag ausgefüllt zurücksenden!

Ich bin bereits von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit.

() ja () nein

Befreit seit: _____ durch Bescheid vom: _____

zugunsten: _____

(Name der Versorgungseinrichtung)

Sind Sie Mitglied in einem anderen Versorgungswerk? ja () nein ()

Wenn ja, bei welchem? _____

Mitglied seit: _____ Mitgliedsnummer: _____

Wenn der Mitgliedschaftszeitraum unter 60 Monaten liegt, haben Sie die Möglichkeit der Überleitung. Bitte beachten Sie, dass der Antrag innerhalb von drei Monaten ab Beschäftigungsbeginn bei unserem Versorgungswerk vorliegen muss.

Ich beantrage die Überleitung: () ja; Antrag liegt bei. () nein

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Datum/Ort

Unterschrift

(Anmeldung Seite 2 - Arbeitgeberdaten)

Überleitungsantrag

1. Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

berufstätig seit: _____ als: _____
(genaue Berufsbezeichnung)

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke: _____

Anschrift: _____

3. Im Bereich der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung zuletzt berufstätig

bis: _____ als: _____

4. Mitglied der _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

gewesen vom _____ bis _____ Mitgl.-Nr.: _____

Voraussichtlich mindestens 3 Monate im Bereich der neu zuständigen
Versorgungseinrichtung tätig? ja () nein ()

5. Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit seit: _____

zugunsten: _____
(Name der Versorgungseinrichtung)

durch Bescheid der Deutschen Rentenversicherung vom: _____

Aktenzeichen: _____

6. Ausschlussgründe:

Ich habe bei der seitherigen Versorgungseinrichtung eine Mitgliedschaftszeit von mehr als 60 Monaten zurückgelegt. Evtl. frühere Überleitungen sind in die Mitgliedschaftszeit mit einzubeziehen. () ja () nein

Meine Ansprüche gegenüber der seitherigen Versorgungseinrichtung sind ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet. () ja () nein

Ich habe zum Zeitpunkt der Beendigung der Mitgliedschaft in der seitherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt oder bin berufsunfähig. () ja () nein

Ich beziehe von der der seitherigen Versorgungseinrichtung Versorgungsleistungen.
() ja () nein

Ein Versorgungsausgleichsverfahren ist eingeleitet oder abgeschlossen.
() ja () nein

Sollte eine der Fragen unter Punkt 6 mit ja zu beantworten sein, ist eine Überleitung gem. § 17 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen ausgeschlossen!

Ich beantrage hiermit, meine bisher an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge an das

_____ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)
überzuleiten.

Ich versichere, daß ich zum Zeitpunkt der Beschäftigungsaufnahme im Kammerbereich Hessen keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und nicht berufsunfähig war sowie die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

(Ort/Datum) (Unterschrift)

Dieser Antrag ist bei der neu zuständigen Versorgungseinrichtung in zweifacher Ausfertigung mit einer Frist von drei Monaten ab Aufnahme der Tätigkeit einzureichen!