

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!