

Versorgungswerk
der LAK Hessen
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

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

(wird vom Versorgungswerk ausgefüllt)

Anmeldebogen für Apotheker

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) _____

Approbationsdatum: _____

selbständig freiberuflich im Angestelltenverhältnis tätig

Arbeitgeber bzw. Name der Apotheke

Name: _____

Anschrift: _____

seit: _____ Bei vorübergehender Tätigkeit von max. drei Monaten
bitte Blatt 3 beachten!

wöchentl. Stundenzahl: _____ mtl. Bruttoentgelt: _____

Weitere Arbeitgeber: _____

Im Beamtenverhältnis tätig? ja () nein () seit: _____

Bei der Bundeswehr tätig? ja () nein () seit: _____

Pflichtmitglied bei der DRV
(Deutsche Rentenversicherung) ja () nein () seit: _____

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

() Nach § 13 Abs. 2 der Satzung bin ich von der Mitgliedschaft ausgenommen, da ich meine pharmazeutische Tätigkeit nicht mehr als drei Monate im Kammerbereich ausübe und während dieser Zeit weiterhin Mitglied eines anderen Versorgungswerkes bin und an dieses Pflichtbeiträge aus meiner gesamten pharmazeutischen Tätigkeit entrichte.

Bitte entsprechende Nachweise (Arbeitgeberbestätigung über die Beschäftigungsdauer, Mitgliedschaftsbestätigung des Apothekerversorgungswerkes) beifügen.

() Ich beantrage die Befreiung nach § 13 Abs. 5 Nr. 1 der Satzung, da ich auf Grund einer Gesetz oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung gleichzeitig Pflichtmitglied einer anderen Apothekerversorgung bin und zu dieser Pflichtbeiträge aus meiner gesamten pharmazeutischen Tätigkeit entrichte.

() Ich beantrage die Befreiung von der Mitgliedschaft, da ich bei Begründung der Pflichtmitgliedschaft das 60. Lebensjahr vollendet habe.

Wurden Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt von einem anderen Versorgungswerk von der Mitgliedschaft befreit? () ja () nein

Wenn ja, von welchem? _____

Befreiungsgrund: _____

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Datum/Ort

Unterschrift

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!

Landesapothekerkammer Hessen
Versorgungswerk
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

**Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der
Landesapothekerkammer Hessen**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Approbationsdatum: _____ Beginn der Tätigkeit in Hessen: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Ich beantrage ab _____ Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 13 Abs. 5

Nr. 1 der Satzung

**Kammerangehörige, die aufgrund einer durch Gesetz oder auf Gesetz beruhenden Ver-
pflichtung gleichzeitig Pflichtmitglieder einer anderen Apothekerversorgung sind und zu
dieser Pflichtbeiträge aus ihrem gesamten pharmazeutischen Einkommen entrichten.**

Name und Anschrift meiner Versorgungseinrichtung: _____

_____ Mitgliedsnummer: _____

Mitgliedschaftsbeginn: _____

Eine Bescheinigung über die bestehende Pflichtmitgliedschaft füge ich diesem Antrag bei.

**Falls die Voraussetzungen für die Befreiung wegfallen, werde ich Sie gemäß § 13 Abs. 8 und 9 der Satzung des
Versorgungswerkes der Landesapothekerkammer Hessen unverzüglich davon unterrichten.**

Ort, Datum

Unterschrift

Landesapothekerkammer Hessen
Versorgungswerk
Am Leonhardsbrunn 5
60487 Frankfurt

**Antrag auf Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk der
Landesapothekerkammer Hessen**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Approbationsdatum: _____ Beginn der Tätigkeit in Hessen: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers: _____

Ich beantrage ab _____ Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk
der Landesapothekerkammer Hessen gemäß § 13 Abs. 5

Nr. 2 der Satzung

**Kammerangehörige, die bei Begründung der Pflichtmitgliedschaft das 60. Lebensjahr
vollendet haben.**

Ich versichere die Richtigkeit der hier gemachten Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift