



## MELDEBOGEN

### 1. Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  w /  m /  d

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_

Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde gemäß § 13 ZHG: \_\_\_\_\_

Mitglied der Zahnärztekammer Hamburg ab dem : \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwerbehinderung vor:                      Nein                       Ja       GdB in % \_\_\_\_\_

Familienstand:     ledig     verheiratet/verpartnert     geschieden     verwitwet

#### 1.1 Angaben zum versorgungsberechtigten Ehegatten/Lebenspartner (nach LPartG)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  w /  m /  d                      Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_                      Geburtsort: \_\_\_\_\_

Datum der Eheschließung: \_\_\_\_\_

#### 1.2 Angaben zu versorgungsberechtigten Kindern

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w /  m /  d

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w /  m /  d

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  w /  m /  d

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



## 2. Angaben zur beruflichen Situation

Berufsausübung in Hamburg:      Nein       Ja       ab/seit \_\_\_\_\_

Bezug von Entgeltersatzleistungen:      Nein       Ja       ab/seit \_\_\_\_\_  
(Arbeitslosengeld, Krankengeld – bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Beziehen Sie Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente  
oder wurde sie beantragt?                              Nein       Ja

Gemäß § 9 Abs. 2 der Berufsordnung ist die Ausübung des zahnärztlichen Berufes in weiteren Praxen oder an anderen Orten als dem Praxissitz zulässig. Um die Voraussetzung für Ihre Mitgliedschaft im Versorgungswerk zu prüfen, bitten wir nachfolgende Angaben über Ihre Tätigkeit(en) zu machen.

### I. Arbeitgeber-/Praxisanschrift:

Telefon: \_\_\_\_\_

Niederlassung:      Ja   
                            Nein

Angestellt:      Ja   
                            Nein

Umfang der Tätigkeit in Std/Wo: \_\_\_\_\_

Umfang der Tätigkeit in %: \_\_\_\_\_

### II. Arbeitgeber-/Praxisanschrift:

Telefon: \_\_\_\_\_

Niederlassung:      Ja   
                            Nein

Angestellt:      Ja   
                            Nein

Umfang der Tätigkeit in Std/Wo: \_\_\_\_\_

Umfang der Tätigkeit in %: \_\_\_\_\_

### 2.1 Angaben zu den Einkünften aus unselbstständiger Tätigkeit (Arbeitnehmer)

Meine Einkünfte unterschreiten die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von monatlich € 7.300,00 brutto.

Sie betragen monatlich

I. \_\_\_\_\_ € brutto

II. \_\_\_\_\_ € brutto

Mir ist bekannt, dass die Versorgungsbeiträge von meinem Arbeitgeber und mir jeweils hälftig getragen werden.

Die Zahlung der Versorgungsbeiträge erfolgt durch

I. meinen Arbeitgeber  / mich \*

II. meinen Arbeitgeber  / mich \*



## 2.2 Angaben zu den Einkünften aus selbständiger Tätigkeit

Meine Einkünfte liegen

unter € 7.300,00 monatlich und ich beantrage hiermit die vorläufige Reduzierung des Beitrages (Teilerlass) - § 12 (4) des Versorgungsstatuts

Bitte setzen Sie den monatlichen Beitrag vorläufig auf

€ \_\_\_\_\_ fest.

## 3. Angaben zu entrichteten Beiträgen in andere Versorgungssysteme

Haben Sie Beiträge zu einem anderen Versorgungswerk oder anderen Versorgungsträgern (auch in einem anderen Staat) gezahlt?      Nein       Ja

**Wenn ja,**      Staat/Bundesland: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Versicherungs-/Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Dauer der Versicherung/Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

**Wenn bereits Beiträge zu einem anderen Versorgungswerk entrichtet wurden:**

Ist eine Überleitung der Beiträge zum Versorgungswerk Hamburg gewünscht?

Ja  (bitte Überleitungsantrag beifügen)

Nein

Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern).

### **Einverständniserklärung:**

Die in diesem Meldebogen enthaltenen Daten sind datenschutzrechtlich geschützt.

Ich bin jedoch damit einverstanden, dass meine Daten oder Teile hiervon übermittelt werden an:

1. Zahnärztekammer Hamburg und
2. vorherige bzw. nachfolgende Versorgungswerke

Ich bin berechtigt, diese Erklärung ganz oder teilweise jederzeit widerrufen zu können. Ich bin ferner berechtigt, vom Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg jederzeit Auskunft über die Verwendung der Daten verlangen zu können.

Ich versichere, die Angaben an Eides statt gemacht zu haben.

Evtl. Änderungen werde ich dem Versorgungswerk unverzüglich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## Informationsblatt

### Versicherungspflicht/Mitgliedschaft

Sie haben sich als Mitglied zur Zahnärztekammer Hamburg angemeldet. Wir möchten Ihnen nachstehend einige Informationen zum Versorgungswerk geben.

Das Versorgungswerk ist eine berufsständische Pflichtversorgungseinrichtung (§ 6 Absatz 1 des Versorgungsstatuts) für das Alter, die Berufsunfähigkeit und die Hinterbliebenenversorgung, entsprechend der gesetzlichen Rentenversicherung. Sie gewährt allen Mitgliedern Altersrente, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht haben. Auf Antrag kann der Beginn der Altersrente auch schon vorgezogen oder hinausgeschoben werden (§ 15 des Versorgungsstatuts).

Mit der Berufsausübung im Raum Hamburg, besteht eine Pflichtmitgliedschaft in unserem Versorgungswerk. Aufgrund dieser Pflichtmitgliedschaft besteht das Recht, von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit zu werden. Der Antrag ist über uns zu stellen, er muss innerhalb von drei Monaten nach Tätigkeitsaufnahme eingegangen sein. Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungspflicht für Angestellte ist, dass

- die Mitgliedschaft im Versorgungswerk kraft Gesetzes besteht,
- die Beiträge einkommensgerecht entrichtet werden,
- Anspruch auf Gewährung von beitragsbezogenen Rentenleistungen für die Fälle der Berufsunfähigkeit, des Alters und des Todes besteht,
- die Rentenleistungen angepasst werden.

Der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ist elektronisch zu stellen. Wir stellen Ihnen das elektronische Antragsformular für die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht nachstehend zur Verfügung. Sie rufen es auf, füllen es aus bzw. beantworten die gestellten Fragen durch ein Anklicken vorgegebener Antwortmöglichkeiten oder mittels beschreibbarer Felder und senden dieses per Click ab.

<https://www.e-befreiungsantrag.de/ebefreiung/#/?bvnumber=020>

Der Befreiungsbescheid von der Deutschen Rentenversicherung Bund wird direkt an das Mitglied gesandt. Eine Kopie des Befreiungsbescheides ist an das Steuerbüro Ihres Arbeitgebers bzw. die Personalabteilung weiterzuleiten.

Seit dem 31.10.2012 muss bei jedem Wechsel der Beschäftigung ein neuer Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt werden.

### Beitragsbemessung

- a) Versicherungspflichtige Mitglieder zahlen grundsätzlich für jeden Kalendermonat ein Zwölftel des Regelpflichtbeitrages (§ 12 Abs. 1 des Versorgungsstatuts). Der Regelpflichtbeitrag beträgt im Jahr 2023 € 1.440,95. Ein versicherungspflichtiges Mitglied kann eine Reduzierung des Beitrages beantragen (vorläufiger Teilerlass). Ausführliche Informationen geben wir gern telefonisch.
- b) Angestellte versicherungspflichtige Mitglieder zahlen für jeden Kalendermonat als Beitrag mindestens den Betrag, der an die allgemeine Rentenversicherung zu entrichten wäre, höchstens jedoch ein Zwölftel des Regelpflichtbeitrages (§ 12 Abs. 2 des Versorgungsstatuts). Arbeitgeber und Arbeitnehmer tragen jeweils die Hälfte des Beitrages. Liegt das Einkommen aus dem Beschäftigungsverhältnis unter der Beitragsbemessungsgrenze in Höhe von € 7.300,00 (in 2023) monatlich, so errechnet sich der Beitrag mit einem Beitragssatz von 18,6 % (in 2023) nach dem Bruttoentgelt.  
Beispiel: € 1.000,00 Gehalt x 18,6 % = € 186,00 Beitrag



Grundsätzlich behält der Arbeitgeber den Arbeitnehmeranteil vom Gehalt ein und führt diesen zusammen mit dem Arbeitgeberanteil direkt an das Versorgungswerk ab. Anderenfalls zahlt der Arbeitgeber den Arbeitgeberanteil aus und der Gesamtbeitrag ist durch das Mitglied an das Versorgungswerk zu entrichten.

**Zu den Formularen:**

a) Meldebogen – erforderlich zur Erfassung Ihrer persönlichen Daten

Die Formulare sind ausgefüllt und unterschrieben zur weiteren Bearbeitung umgehend an uns zurück zu senden.

Nach Eingang der ausgefüllten Formulare versenden wir einen Beitragsbescheid, welcher gleichzeitig eine Mitgliedsbestätigung ist. Mit Beginn der Mitgliedschaft in der Zahnärztekammer und in unserem Versorgungswerk wird die Voraussetzung für die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt.

Eine Kopie des Beitragsbescheides ist an das Steuerbüro des Arbeitgebers bzw. die Personalabteilung weiterzuleiten. Somit liegen dort alle benötigten Informationen vor.

Anschriftenänderung, Arbeitgeberwechsel, Niederlassung, Familienstand, versorgungsberechtigte Ehepartner und Kinder, Scheidungen, Krankheit über 6 Wochen hinaus, Mutterschutz, Elternzeit und Arbeitslosigkeit sind dem Versorgungswerk umgehend mitzuteilen.

Ihr  
Versorgungswerk der  
Zahnärztekammer Hamburg