VERSORGUNGSWERK
ZAHNÄRZTEKAMMER HAMBURG
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

MELDEBOGEN

1. Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: ☐ w / ☐ m / ☐ d Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Steueridentifikationsnummer: _____

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 versorgungsberechtigen Ehegatten/Lebenspartner (nach LPartG)

Name: _____ Vorname: _____

Geschlecht: ☐ w / ☐ m / ☐ d Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Datum der Eheschließung: _____

1.2 Angaben zu versorgungsberechtigen Kindern

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_____
(bitte den Beschäftigungsbeginn lt. Arbeitsvertrag angeben)
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 %: _____

Aufgrund der Pflichtmitgliedschaft zu unserem Versorgungswerk besteht das Recht, von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit zu werden. Das Bundessozialgericht hat mit Entscheidungen vom 31.10.2012 grundlegende Neuerungen zum Befreiungsverfahren judiziert. Antragsteller müssen danach zukünftig bei jedem Wechsel ihrer Beschäftigung zwingend einen neuen Befreiungsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund stellen. Wir weisen darauf hin, dass der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 6 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB VI innerhalb von drei Monaten nach Beschäftigungsbeginn beantragt werden muss.

Der Antrag muss online gestellt werden unter: https://www.e-befreiungsantrag.de/ebefreiung/#/?bvnumber=020

2.1 Angaben zu den Einkünften aus unselbstständiger Tätigkeit (Arbeitnehmer)

Meine Einkünfte betragen monatlich:

I. _____ € brutto **II.** _____ € brutto

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

2.2 Angaben zu den Einkünften aus selbstständiger Tätigkeit

Meine Einkünfte liegen ☐ unter € 8.050,00 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
(z. B. Berufsständische Versorgungseinrichtung, Deutsche Rentenversicherung, ausländische gesetzliche Rentenversicherung*)

Sind/waren Sie bereits Mitglied bei einem anderen Träger? ☐ Nein ☐ **Ja, wie folgt** (bitte vollständig aufführen)

Beginn	Ende	Staat/Bundesland	Name des Trägers

*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).

3.1 Wenn bereits Beiträge zu einem anderen berufsständischen Versorgungswerk entrichtet wurden:

☐ Ich wünsche keine Überleitung

☐ Ich beantrage die Beitragsüberleitung vom bisherigen berufsständischen Versorgungswerk **an das Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg** und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt des Wechsels nicht berufsunfähig gewesen bin. Es besteht kein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren.

Hinweis: Eine Überleitung ist grundsätzlich nur möglich wenn für nicht mehr als 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und bei Beginn der Mitgliedschaft beim Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

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 _____

VERSORGUNGSWERK
ZAHNÄRZTEKAMMER HAMBURG
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Informationsblatt zum Versorgungswerk

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 2025 € 1.588,98. 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 € 8.050,00 (in 2025) monatlich, so errechnet sich der Beitrag mit einem Beitragssatz von 18,6 % (in 2025) 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.

Der Meldebogen ist ausgefüllt und unterschrieben zur weiteren Bearbeitung umgehend an uns zurück zu senden.

Nach Eingang des ausgefüllten Meldebogens 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