ERHEBUNGSBOGEN DES VERSORGUNGSWERKS
für Psychotherapeuten

Bitte senden Sie zur Abklärung Ihrer Mitgliedschaft diesen Erhebungsbogen ausgefüllt und unterschrieben zurück an die

Bayerische Versorgungskammer
Bayerische Ingenieurversorgung-Bau
mit Psychotherapeutenversorgung
Postfach 810206
81901 München

Verwaltungsgebäude:
Arabellastraße 31, 81925 München
Telefon: (089) 9235 / 8770
Telefax: (089) 9235 / 7040

W 450 /

Aktenzeichen

A. Allgemeine Angaben

1.

Name, Akademischer Grad	Vorname (Rufname)				
Geburtsname, früher geführte Namen	Geburtsdatum	Tag	Mon.	Jahr	Geschlecht ☐ männl. ☐ weibl.
Berufsbezeichnung	Staatsangehörigkeit				
Telefonisch zu erreichen unter Nummer privat	geschäftlich				

2. **Anschrift**

Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Ort
Steuer-Identifikationsnummer (diese 11-stellige **ID-Nr** finden Sie auf Ihrem Einkommensteuerbescheid und ist nicht zu verwechseln mit der Steuernummer):	

Besteht Berufsunfähigkeit?

☐ nein ☐ ja seit: _____ voraussichtlich bis: _____

3. Mitglied der

☐ Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

☐ Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

seit: _____ (= Mitgliedschaftsbeginn im Versorgungswerk)

B. Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk

Ich beantrage die **Befreiung** von der Pflichtmitgliedschaft **im Versorgungswerk** nach § 14 Abs. 1 a der Satzung aufgrund (nur ankreuzen, wenn Sie **nicht** Mitglied im Versorgungswerk werden wollen, die weiteren Fragen müssen in diesem Fall nicht beantwortet werden; **bitte legen Sie einen Nachweis über den Befreiungstatbestand bei** und unterschreiben Sie den Erhebungsbogen vor Rücksendung unter Punkt G.)

☐ ausschließlicher Angestelltentätigkeit mit Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung

☐ Pflichtmitgliedschaft in einem anderen öffentlich-rechtlichen berufsständischen Versorgungswerk

☐ Versicherungsfreiheit nach § 5 Abs. 1 SGB VI (z. B. Beamte, DO-Angestellte, Mandatsträger)

Hinweis: Die Befreiung ist auch für einzelne Zeiträume möglich. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung.

C. Aktuelle Berufsgruppe (bitte Angaben ab Beginn der Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer; Mehrfachangaben sind möglich).

☐ selbständig von _____ bis _____

☐ selbständig und angestellt von _____ bis _____

☐ angestellt von _____ bis _____

☐ beamtet von _____ bis _____

☐ _____ von _____ bis _____
(Sonstiges, z.B. Elternzeit)

D. Beitrag

Ohne Einkommensnachweis

Ich wähle als Festbeitrag den

☐ Regelbeitrag (entspricht dem jeweiligen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung)

☐ ermäßigten Beitrag (= 2/10 des Regelbeitrags)
bis zum Ablauf von fünf Kalenderjahren nach dem Jahr des Mitgliedschaftsbeginns

Ich bin auschließlich im Angestelltenverhältnis tätig und in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert (bitte Nachweis beilegen: Bestätigung des Arbeitgebers oder Kopie einer aktuellen Gehaltsabrechnung)
und wähle den

☐ Mindestbeitrag (= 1/8 des Regelbeitrags)

☐ halben Mindestbeitrag (= 1/16 des Regelbeitrags)

Mit Einkommensnachweis

☐ Ich wähle einkommensbezogene Beitragsveranlagung und verpflichte mich zur Vorlage der erforderlichen Nachweise.

Der Beitrag errechnet sich mit dem jeweiligen Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung aus dem monatlichen Berufseinkommen, höchstens aus der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung; wenigstens ist der Mindestbeitrag (= 1/8 des Regelbeitrags) zu entrichten.

Bitte legen Sie für die Festsetzung des vorläufigen Beitrags eine Kopie des letzten Ihnen vorliegenden Einkommensnachweises bei oder veranschlagen Sie Ihre Einkünfte.

Voraussichtliche Einkünfte: _____ € monatlich.

E. SEPA-Lastschriftmandat (siehe unsere Homepage: www.psychotherapeutenversorgung.de)

Name des Kreditinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

F. Hinweise

Die Daten werden aufgrund von Art. 21 des Gesetzes über das öffentliche Versorgungswesen (VersoG) und § 38 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks erhoben und unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet.

G. Unterschrift

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben, stelle die vorstehenden Anträge (Buchst. B oder D) und erteile – soweit Angaben unter E – das SEPA-Lastschriftmandat. Die Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

_____, den _____ _____
Unterschrift