





**5. Sind/Waren Sie Mitglied bei einem anderen inländischen Rentenversicherungsträger?**

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

Name des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**6. Haben Sie Versicherungs- und/oder Wohnzeiten in einem der folgenden Länder zurückgelegt?**

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich (GB), Zypern:

ja  nein

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

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

Name des Rentenversicherungsträgers \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**7. Wurde bei einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits ein Rentenanspruch gestellt?**

ja, am \_\_\_\_\_  nein

**8. Beziehen Sie von einem der unter Punkt 5 bzw. unter Punkt 6 aufgeführten Rentenversicherungsträger bereits eine Leistung?**

ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Art der Leistung: \_\_\_\_\_



#### 14. Erforderliche Unterlagen:

- eigene Geburtsurkunde (Kopie)
- **Einwilligungserklärung**
- Geburtsurkunde(n) der Kinder (bei Adoptivkindern Abstammungsurkunde)
- Nachweis über die Einstellung der ärztlichen Tätigkeit
- Bericht des behandelnden Arztes

#### für Kinder über 18 Jahre bis zum 27. Lebensjahr

- Ausbildungs-, Immatrikulations-, Schulbescheinigung der Kinder
- Nachweis über das Vorliegen der Gebrechlichkeit bei Vollendung des 18. Lebensjahres (ärztl. Unterlagen, Schwerbehindertenausweis)

#### Abtretung von Schadenersatzansprüchen

Ich trete alle Ansprüche auf Schadenersatz gegen einen Dritten an die Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt ab, soweit mir aufgrund des Schadenereignisses Leistungen von der Ärzteversorgung Sachsen-Anhalt gewährt werden.

Ich erkläre, dass der Rentenantrag auch als Antrag bei jedem anderen beteiligten Versorgungswerk zu werten ist.

Diese Erklärung ist ein Bestandteil meines Antrages. Ich habe alle Angaben persönlich gemacht und nichts verschwiegen.

Ich ermächtige das Versorgungswerk, Versorgungsleistungen, die für Zeiträume nach meinem Tode ohne Rechtsgrund überwiesen worden sind, von meinem Konto zurückzurufen.

---

Datum

---

Unterschrift