

des Versorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen

Hinweis: Die Angaben zum Datenschutz können Sie dem beigefügten Merkblatt entnehmen.

An das:

Versorgungswerk der Ingenieurkammer Niedersachsen
Potsdamer Straße 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

A. Allgemeine Angaben

Mitglieds-Nr.

Name, Akademischer Grad	Vorname			
Geburtsname, früher geführte Namen	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr
Geburtsort	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers			
Staatsangehörigkeit	Telefon privat			

Wohnsitz: Straße/Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

Ich bin an einer sicheren E-Mail-Kommunikation interessiert und möchte am verschlüsselten E-Mail-Verfahren des Versorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen teilnehmen. Senden Sie mir bitte postalisch die Zugangsdaten zu.

Familienstand ledig geschieden verheiratet verwitwet
 eingetragene Lebenspartnerschaft

ggf. Name und Geburtsdatum des Ehegatten
 / eingetragenen Lebenspartners
 (Bitte Kopie der Urkunde beifügen.)

Tag	Monat	Jahr

ggf. Name und Geburtsdatum der Kinder
 unter 25 Jahre
 (Bitte Kopie(n) der Geburtsurkunde(n) beifügen.)

Tag	Monat	Jahr

Tag	Monat	Jahr

Tag	Monat	Jahr

B. Angaben zur Berufstätigkeit

Sind Sie als Ingenieur(in) tätig? ja, seit _____

nein

Aktueller beruflicher Status: seit _____

Selbständige(r)

Angestellte(r)

Selbständige(r) und Angestellte(r)

GmbH-Geschäftsführer(in)¹

Verbeamtet *

Sonstiges

C. Angaben zur Kammermitgliedschaft

Sind Sie in die Liste der Brandenburgischen
Ingenieurkammer eingetragen?

ja, seit _____

nein

mit dem Zusatz Beratender Ingenieur **ohne** den Zusatz Beratender Ingenieur

D. Angaben zur Mitgliedschaft im Versorgungswerk

Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk? ja nein

Befreiungsgrund: **Nicht** mit dem Zusatz Beratender Ingenieur in die Liste der
Brandenburgischen Ingenieurkammer eingetragen

Mit dem Zusatz Beratender Ingenieur in die Liste der
Ingenieurkammer Brandenburg eingetragen, **aber** es besteht
eine beitragspflichtige Mitgliedschaft in einem anderen
berufsständischen Versorgungswerk *

(vgl. Merkblatt unter Ziffer IV.)

Ich bin verbeamtet und möchte dem Versorgungswerk als Mitglied beitreten. ja nein

Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung (DRV) als Selbständiger
antragspflichtversichert? ja nein

E. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Brandenburg schon Mitglied einer anderen
Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder
europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, auf der nächsten Seite den Zeitraum der
Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben.

¹ Bitte Bescheidkopie zum abgeschlossenen Statusfeststellungsverfahren beifügen!

* Bitte Nachweis beifügen.

von	bis	Land oder Bundesland	Versorgungseinrichtung/ Rententräger
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

F. Beiträge für Ingenieure mit der Bezeichnung „Beratender Ingenieur“

- Ich beantrage die Zahlung des Regelbeitrages (in 2020 monatlich 1.199,70 €). ja nein
- die Zahlung des ermäßigten Beitrages (in 2020 monatlich 359,91 €) für die ersten fünf Kalenderjahre nach Bürogründung. ja nein
- die Zahlung in Höhe von 18,6 % meiner voraussichtlichen monatlichen Einkünfte von _____ € und werde die entsprechenden Nachweise rechtzeitig vorlegen. ja nein

G. Beiträge für Ingenieure ohne die Bezeichnung „Beratender Ingenieur“

- Ich beantrage die Zahlung in Höhe des Mindestbeitrages (in 2020 monatlich 74,98 €), weil ich nicht Beratender Ingenieur bin. ja nein

H. Freiwillige Beiträge

- Ich möchte zusätzlich zu obigem Beitrag freiwillige Beiträge in Höhe von monatlich _____ € zahlen. ja nein
- zusätzlich zu obigem Beitrag einen einmaligen freiwilligen Beitrag in Höhe von _____ € in 2020 leisten. Mir ist bekannt, dass dieser Beitrag dem Konto des Versorgungswerkes bis zum 31.12.2020 gutgeschrieben sein muss, um für 2020 steuerlich wirksam zu werden. ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Weiter erkläre ich ausdrücklich, das Merkblatt gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben, dass ich nicht wirksam Mitglied des Versorgungswerkes werden kann, wenn ich berufsunfähig im Sinne der Satzung des Versorgungswerkes bin.

Ort, Datum

Unterschrift