

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
 Beamte(r)
 Sonstiges
-
- Pflichtmitglied der Ingenieurkammer Niedersachsen seit _____ .
- Freiwilliges Mitglied der Ingenieurkammer Niedersachsen seit _____ .

C. Angaben zur Mitgliedschaft

- Beantragen Sie die Befreiung von der Mitgliedschaft im Versorgungswerk? ja nein
- Befreiungsgrund: freiwillige Mitgliedschaft in der Ingenieurkammer Niedersachsen
 Beamtenstatus *
 ausländischer Staatsangehöriger und bestehende Rentenversicherungspflicht im Heimatland *
 beitragspflichtige Mitgliedschaft in einem anderen berufsständischen Versorgungswerk *
- (vgl. Merkblatt unter Ziffer IV.)
- Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung als Selbständiger antragspflichtversichert? ja nein
- Sind Sie bereits von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit? ja nein
- Zugunsten des Versorgungswerkes _____ .

¹ Bitte Bescheidkopie zum abgeschlossenen Statusfeststellungsverfahren beifügen!

* Bitte Nachweis beifügen !

D. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

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

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

E. Beiträge für Selbständige

- Ich beantrage die Zahlung des Regelbeitrages (in 2020 monatlich 1.283,40 €). ja nein
- die Zahlung des ermäßigten Beitrages (in 2020 monatlich 385,02 €) für die ersten fünf Kalenderjahre nach Bürogründung. ja nein
- die Zahlung in Höhe von 18,6 % meiner voraussichtlichen Einkünfte von _____ € und werde die entsprechenden Nachweise rechtzeitig vorlegen. ja nein
- die Zahlung des Mindestbeitrages (in 2020 monatlich 80,21 €), weil ich freiwilliges Kammermitglied bin. ja nein

Mein Jahreseinkommen/Gehalt wird ca. _____ Euro betragen.

F. Beiträge für Angestellte

- Ich beantrage die Zahlung des Regelbeitrages (in 2020 monatlich 1.283,40 €). ja nein
- die Zahlung in Höhe des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages. ja nein
- die Zahlung in Höhe des Mindestbeitrages (in 2020 monatlich 80,21 €), weil ich freiwilliges Kammermitglied bin. ja nein

G. Beiträge in Sonderfällen

- Ich beantrage als Beamter*
- als ausländischer Staatsangehöriger*
- als beitragspflichtiges Mitglied in einem anderen Versorgungswerk*
- die Zahlung des Mindestbeitrages (in 2020 monatlich 80,21 €).

* Bitte Nachweis beifügen

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