

# Erhebungsbogen (BRB)

## 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

Familienstand  ledig  geschieden seit: \_\_\_\_\_  
 verheiratet seit: \_\_\_\_\_  verwitwet seit: \_\_\_\_\_  
 eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft seit: \_\_\_\_\_

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)<sup>1</sup>  
 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.

---

<sup>1</sup> 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 2024 monatlich 1.385,70 €).  ja  nein
- die Zahlung des ermäßigten Beitrages (in 2024 monatlich 415,71 €) 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 2024 monatlich 86,61 €), 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 2024 leisten. Mir ist bekannt, dass dieser Beitrag dem Konto des Versorgungswerkes bis zum 31.12.2024 gutgeschrieben sein muss, um für 2024 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