

Erhebungsbogen (HH)

des Versorgungswerkes der Ingenieurkammer Niedersachsen

Hinweis: Die Angaben zum Datenschutz können Sie dem beigegefügt 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
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)¹

Beamte(r)

Sonstiges

Pflichtmitglied der Hamburgischen Ingenieurkammer-Bau seit _____ als

Beratender Ingenieur.

Bauvorlageberechtigter Ingenieur nach § 15 Abs. 2 Hamburgisches Ingenieurgesetz.

Freiwilliges Mitglied der Hamburgischen Ingenieurkammer-Bau seit _____ .

Sind Sie in der gesetzlichen Rentenversicherung als Selbständiger antragspflichtversichert ?

ja

nein

Als bauvorlageberechtigter Ingenieur nach § 15 Abs. 2, als freiwilliges Mitglied der Hamburgischen Ingenieurkammer-Bau oder als ausschließlich angestellter, oder verbeamteter Beratender Ingenieur der Hamburgischen Ingenieurkammer-Bau, möchte ich dem Versorgungswerk beitreten.

ja

nein

C. Angaben zu früheren Mitgliedschaften

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Hamburg 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
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¹ Bitte Bescheidkopie zum abgeschlossenen Statusfeststellungsverfahren beifügen!

D. Beiträge für Selbständige

Ich beantrage die Zahlung des Regelbeitrages (in 2024 monatlich 1.404,30 €). ja nein

die Zahlung des ermäßigten Beitrages (in 2024 monatlich 421,29 €) 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 2024 monatlich 87,77 €), weil ich freiwilliges Kammermitglied bin. ja nein

Mein Jahreseinkommen/Gehalt wird ca. _____ Euro betragen.

E. Beiträge für Angestellte

Ich beantrage die Zahlung des Regelbeitrages (in 2024 monatlich 1.404,30 €). ja nein

die Zahlung in Höhe des für mich maßgebenden Rentenversicherungsbeitrages. ja nein

die Zahlung in Höhe des Mindestbeitrages (in 2024 monatlich 87,77 €), weil ich freiwilliges Kammermitglied bin. ja nein

die Zahlung in Höhe des Mindestbeitrages (in 2024 monatlich 87,77 €), weil ich angestellter Beratender /bauvorlageberechtigter Ingenieur bin. ja nein

F. Beiträge in Sonderfällen

Ich beantrage als Beamter*

als ausländischer Staatsangehöriger*

als beitragspflichtiges Mitglied in einem anderen Versorgungswerk mit dortiger Zahlung mindestens einkommensbezogener Beiträge.*

die Zahlung des Mindestbeitrages (in 2024 monatlich 87,77 €).

G. 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

* Bitte Nachweis beifügen