

Überleitungsantrag

1. Personalien:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonisch zu erreichen unter (freiwillige Angabe) _____

Geb.Datum: _____ Geburtsort: _____

Beruf: Arzt Zahnarzt Tierarzt

Staatsangehörigkeit: _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? Ja Nein

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung:

Ich bin seit _____ in eigener Praxis niedergelassen.

Ich bin seit _____ berufstätig als _____

Arbeitgeber: _____

3. Mitgliedschaft in der bislang zuständigen Versorgungseinrichtung:

Ich war Mitglied bei: _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom _____ bis _____ Mitgl.Nr. _____

4. Antrag:

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Nr. 3 genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge / Versorgungsabgaben überzuleiten an:

(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

Mitgliedsnummer der neuen Versorgungseinrichtung _____

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.

Ort, Datum

Unterschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen