



ÜBERLEITUNGSANTRAG

1. PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet, seit: _____ geschieden, seit: _____

Lebenspartnerschaft, seit: _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? nein ja

2. IM BEREICH DER NEUEN VERSORGUNGSEINRICHTUNG TÄTIG:

seit: _____

als (genaue Bezeichnung): _____
(z.B. angestellte/r Ärztin/Arzt, niedergelassene/r Ärztin/Arzt, o.ä.)

Dienst- oder Praxisanschrift: _____

3. BISHER ZUSTÄNDIGE VERSORGUNGSEINRICHTUNG

Ich war Mitglied der Ärzteversorgung: _____

vom: _____ bis: _____ Vers.-Nr.: _____

und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Ärzteversorgung geleisteten

Versorgungsabgaben/Beiträge auf die _____ zu übertragen.
(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

Hinweis: Eine Überleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr zum Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit im neu zuständigen Kammerbereich noch nicht vollendet ist. Frühere Nachversicherungs- und/oder Überleitungszeiträume sind hierbei entsprechend zu berücksichtigen.

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

Ort, Datum

Unterschrift