

ÜBERLEITUNGSANTRAG

(bitte in zweifacher Ausfertigung einreichen)

1. Personalien

- a) Name: Geburtsname:
- b) Vorname: Geburtsdatum:
- c) Beruf Arzt Tierarzt
- d) Neue Adresse:
- e) Alte Adresse:
- f) Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? ja nein

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung:

- a) Ich bin seitin eigener Praxis tätig.
Ich bin seitangestellt tätig als.....
- b) Arbeitgeber/ Praxisanschrift:

3. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung:

- a) Versorgungseinrichtung:
- b) Dauer der Mitgliedschaft: vom.....bisMitgl. Nr.....

4. Antrag

Ich beantrage hiermit, meine, an die unter Nr. 3 genannte bisherige Versorgungseinrichtung, geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die

.....(neu zuständige Versorgungseinrichtung),
überzuleiten und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe. Ich versichere desweiteren, dass ich zum Zeitpunkt der Verlegung der Berufstätigkeit **nicht** berufsunfähig gewesen bin.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Hinweis:

Eine Überleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 60 Monate Beiträge entrichtet wurden. Frühere Nachversicherungs- und/oder Überleitungszeiträume sind hierbei entsprechend zu berücksichtigen.