

Überleitungsantrag

Sächsische Ärzteversorgung

Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Sächsische Ärzteversorgung
Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer
Dr.-Külz-Ring 10
01067 Dresden

- Ärztin/Arzt**
- Tierärztin/Tierarzt**

1. Allgemeine Angaben

Titel	Name, Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)	Geburtsname (wenn abweichend)
Geburtsdatum	Telefonnummer / E-Mail-Adresse (Angaben freiwillig)	Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Neue Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
seit:		
Alte Privatanschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
bis:		

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungsreinrichtung

2.1 Ich bin seit _____ . _____ . _____ nicht tätig.
2.2 Ich bin seit _____ . _____ . _____ in eigener Praxis tätig.
2.3 Ich bin seit _____ . _____ . _____ angestellt als _____ tätig.
Praxis/ Arbeitgeber / Anschrift

3. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung

3.1 Versorgungseinrichtung: _____

3.2 Dauer der Mitgliedschaft: von ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

3.3 Mitgliedsnummer: _____ (Angaben freiwillig)

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 und zum Zeitpunkt der Verlegung der Berufstätigkeit **nicht** berufsunfähig gewesen bin.

Die im Formular gemachten Pflichtangaben sind allein zur Erfüllung des Versorgungsauftrags der Sächsischen Ärzteversorgung notwendig und erforderlich. Sie werden auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Ihre Daten werden von der Sächsischen Ärzteversorgung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen und nur dann an externe Empfänger weitergegeben, sofern dies zur Abwicklung oder Bearbeitung Ihres Anliegens erforderlich ist, hierfür Ihre Einwilligung vorliegt, oder eine andere gesetzliche Erlaubnis besteht.

Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden. Die Einwilligung zur Verwendung der freiwillig gemachten Angaben kann jederzeit für die Zukunft, ohne Angabe von Gründen, widerrufen werden. Der Widerruf kann per Post, Fax oder E-Mail an die Sächsische Ärzteversorgung übermittelt werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____