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

Mitgliedsnummer

1. Angaben zur Person

Familienname		Vorname (Rufname)
Geburtsname (wenn abweichend)	Geschlecht ☐ weiblich ☐ divers ☐ männlich	Staatsangehörigkeit ☐ deutsch ☐ _____
Geburtsdatum		
Telefonnummer (Angabe freiwillig)		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)
Neue Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	wohnhaft seit:
Alte Anschrift: Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Wohnort	wohnhaft bis:

2. Angaben zu Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig?

☐ ja ☐ nein

3. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

☐ nicht ärztlich/tierärztlich tätig	seit	Grund (Elternzeit, Arbeitslosigkeit etc.)
☐ selbstständig tätig	seit	☐ in eigener Niederlassung
☐ angestellt tätig	seit	als
Name Arbeitgeber		
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl	Ort	

4. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung

Versorgungseinrichtung		
Zeitraum der Mitgliedschaft	von	bis
Mitgliedsnummer		

5. Erklärung der antragstellenden Person

Ich beantrage hiermit, meine an die unter Nr. 4 genannte bisherige Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die

_____ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)

überzuleiten und versichere, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt der Verlegung der Berufstätigkeit nicht berufsunfähig gewesen bin.

Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.

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/Antrages 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.

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/Namenswiedergabe des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)