

# Überleitungsantrag

(Bitte in zweifacher Ausfertigung einreichen)

## 1. Personalien:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonisch zu erreichen unter der Nummer: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig?  nein  ja

## 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 der/des \_\_\_\_\_  
(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

## 4. Antrag:

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

\_\_\_\_\_ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)

überzuleiten.

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