

## Überleitungsantrag für Zahnärzte

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

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

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

Bisherige Versorgungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Mitglied vom: \_\_\_\_\_

bis: \_\_\_\_\_

Mitglied der neuen Zahnärztekammer ab: \_\_\_\_\_

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

Neue Versorgungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Tätig ab: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit, meine an die **bisherige** Versorgungseinrichtung:

\_\_\_\_\_

geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die **neue** Versorgungseinrichtung:

\_\_\_\_\_

überzuleiten und versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keine Berufsunfähigkeitsrente beantragt habe und zum Zeitpunkt des Wechsels nicht berufsunfähig gewesen bin. Ein Scheidungsverfahren ist ebenfalls nicht rechtsanhängig.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift