

.....
(Ort)

.....
(Datum)

ANTRAG AUF BEITRAGSÜBERLEITUNG

Versicherungs-Nr.:
(bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung)

1. Allgemeine Personalien:

- a) Name: _____ Vorname: _____
- b) Geschlecht: männlich/weiblich/divers*)
- c) Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
- d) Staatsangehörigkeit: _____
- e) Aktuelle Anschrift: _____

- f) Familienstand: _____
Ist ein Scheidungs-/Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja/nein*)

2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig

seit _____ als _____

Tätigkeitsadresse: _____

3. Ich war Mitglied der _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom _____ bis _____ Versicherungs-Nr. _____

und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten
Versorgungsabgaben/Beiträge auf die _____ zu übertragen.
(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

Hinweis:

Eine Überleitung ist nur möglich, sofern bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nicht für mehr als 96 Monate Beiträge eingebucht wurden und Sie zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme im neu zuständigen Kammerbereich das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Wechsels des Arbeitsplatzes nicht berufsunfähig war.

.....
(Unterschrift)

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!