Sächsische Ärzteversorgung
Schützenhöhe 20

01099 Dresden

ÜBERLEITUNGSANTRAG

1. Personalien

a) Name: ..... Geburtsname: .....

b) Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

c) Beruf [ ] Arzt [ ] Tierarzt

d) Neue Adresse: .....

e) Alte Adresse: .....

f) Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? [ ] ja [ ] nein

2. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung:

a) Ich bin seit .....in eigener Praxis tätig.

Ich bin seit .....angestellt tätig als.....

b) Arbeitgeber/ Praxisanschrift: .....

3. Mitgliedschaft in der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung:

a) Versorgungseinrichtung: .....

b) Dauer der Mitgliedschaft: vom.....bis .....Mitgl. Nr.....

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.

....
(Ort, Datum) (Unterschrift)

Hinweis:
Eine Überleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden. Frühere Nachversicherungs- und/oder Überleitungszeiträume sind hierbei entsprechend zu berücksichtigen.