

Überleitungsantrag

Sächsische Ärzteversorgung Einrichtung der Sächsischen Landesärztekammer Dr.-Külz-Ring 10 01067 Dresden	<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt	<input type="checkbox"/> Tierärztin/Tierarzt
	Mitgliedsnummer	

1. Angaben zur Person

Familiename		Vorname (Rufname)	
Geburtsname (wenn abweichend)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	
Geburtsdatum			
Telefonnummer (Angabe freiwillig)		E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)	
Neue Anschrift: Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		wohnhaf seit:
Alte Anschrift: Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		wohnhaf bis:

2. Angaben zu Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig?

ja

nein

3. Tätigkeit im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

<input type="checkbox"/> nicht ärztlich/tierärztlich tätig	seit	Grund (Elternzeit, Arbeitslosigkeit etc.)
<input type="checkbox"/> selbstständig tätig	seit	<input type="checkbox"/> in eigener Niederlassung
<input type="checkbox"/> 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	
<p>Ich beantrage hiermit, meine an die unter Nr. 4 genannte bisherige Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die</p> <p>_____ (neu zuständige Versorgungseinrichtung)</p> <p>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.</p> <p>Alle Änderungen zu den o. g. Angaben teile ich gemäß § 14 der Satzung der Sächsischen Ärzteversorgung umgehend mit.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Bitte beachten Sie weitergehend die veröffentlichte Datenschutzerklärung auf unserer Homepage www.saev.de.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die vorstehend freiwillig gemachten Angaben zur Vereinfachung der Kommunikation gemäß den aktuell geltenden Datenschutzregelungen verarbeitet werden.</p> <p>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.</p>	
Ort, Datum	Unterschrift/Namenswiedergabe des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten (mit Nachweis)