



urschriftlich an

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin
Rheinbabenallee 12

14199 Berlin

ÜBERLEITUNGSANTRAG

Name, Vorname:

Geburtsdatum/ Geschlecht:

Bisher Mitglied bei:

(Name des Versorgungswerkes)

Mitglieds-Nr.:

_____ (falls bekannt)

Mitglied vom / bis:

Bisherige Wohnanschrift:

Kammermitgliedschaft ab:

neue Wohnanschrift:

Anschrift des jetzigen AG:

zahnärztlich tätig ab:

Falls selbständig

Praxisanschrift:

Hierdurch stelle in den Antrag, meine an das bisherige Versorgungswerk geleisteten Beiträge auf das neu zuständige Versorgungswerk zu übertragen.

Ich versichere, dass ich beim bisherigen Versorgungswerk **keinen** Antrag auf **Berufsunfähigkeitsrente** gestellt habe und zum Zeitpunkt des Wechsels **nicht** berufsunfähig war, bzw. bin.

Ist aufgrund von Eheschließung

ein Versorgungsausgleich bereits zu berücksichtigen?
Liegt ein rechtskräftiges Urteil vor?

Ja Nein
 Ja Nein

Ort/ Datum

Unterschrift