

1. Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Ort: _____

Postleitzahl: _____ Telefon: _____ Telefax: _____

Email-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

seit _____

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja nein

2. Angaben zur Tätigkeit

Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig

seit _____ als _____

Arbeitgeber: _____

Niederlassung am: _____ als _____

Arbeitgeberanschrift: _____

3. Angaben zu bisheriger Versorgungseinrichtung:

Ich war Mitglied der _____

(bisherige Versorgungseinrichtung)

vom _____ bis _____

Mitglieds-Nr. _____ und stelle hiermit Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsbeiträge auf die Versorgungseinrichtung der _____ zu übertragen.

(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

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

Ort

Datum

Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist die Satzung der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz in Verbindung mit dem Heilberufsgesetz (HeilBG) Rheinland-Pfalz in seiner jeweiligen Fassung. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben und verarbeitet.