

## 1. Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich 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.