



urschriftlich an

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin
Klaus - Groth - Str. 3

14050 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 Ehescheidung

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

Ja Nein
 Ja Nein

Ort/ Datum

Unterschrift