

ANTRAG AUF BEITRAGSÜBERLEITUNG

Versicherungs-Nr.:
(bei der Nordrheinischen Ärzteversorgung)

1. Allgemeine Personalien:

- a) Name: _____ Vorname: _____
- b) Geschlecht: männlich/weiblich/divers*)
- c) Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
- d) Staatsangehörigkeit: _____
- e) Aktuelle Anschrift: _____

- f) Familienstand: _____
- Ist ein Scheidungs-/Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ja/nein*)

2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig

seit _____ als _____

Tätigkeitsadresse: _____

3. Ich war Mitglied der _____
(bisherige ärztliche Versorgungseinrichtung)
- vom _____ bis _____ Versicherungs-Nr. _____
- und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten
Versorgungsabgaben/Beiträge auf die _____ zu übertragen.
(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

Hinweis:

Eine Überleitung an ein anderes ärztliches Versorgungswerk ist nur möglich, sofern bei der abgebenden Versorgungseinrichtung nicht für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und Sie zum Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme im neu zuständigen Kammerbereich das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Eine Überleitung der Beiträge von der Deutschen Rentenversicherung Bund auf die Nordrheinische Ärzteversorgung ist nicht möglich.

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

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!