

An das

Versorgungswerk
der Landes Zahnärztekammer Thüringen
Barbarosshof 16
99092 Erfurt

Mitglieds-Nr.:

Überleitungsantrag

1. Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Staatsangehörigkeit: _____
derzeitige Anschrift: _____
bisher wohnhaft in: _____
2. Im Bereich der Zahnärztekammer
(künftiger Kammerbereich) _____
 niedergelassen seit / ab: _____
 im Angestelltenverhältnis tätig seit / ab: _____
Praxisanschrift: _____

3. Mitglied des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen
(bisherige Versorgungseinrichtung)
vom: _____ bis: _____

Ich beantrage, meine an das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen geleisteten Beiträge an die (künftige) Versorgungseinrichtung der Zahnärztekammer _____ zu übertragen.

Ich versichere, dass ich beim Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Geltungsbereichswechsels nicht berufsunfähig gewesen bin.

Es besteht ein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren JA NEIN
(gilt nur für Ehescheidungsverfahren)

Falls JA, bitte Name und Aktenzeichen des Familiengerichts angeben:

Ort, Datum

Unterschrift