

**Ü b e r l e i t u n g s a n t r a g**

**1. Allgemeine Personalien**

- a) Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- b) Geschlecht:             weiblich             männlich
- c) geboren am:            \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_
- d) Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_
- e) Familienstand:        \_\_\_\_\_
- f) Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig?    nein    ja
- g) Bisherige Anschrift: \_\_\_\_\_

**2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig**

seit \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_  
Niederlassung am: \_\_\_\_\_  
Dienst- oder Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Neue Privatanschrift: \_\_\_\_\_

**3. Ich war Mitglied der (bisherige Versorgungseinrichtung)**

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben/Beiträge auf die \_\_\_\_\_  
(neu zuständige Versorgungseinrichtung) zu übertragen.

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

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift