

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Überleitungsantrag

Persönliche Daten:

Name		
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Straße		Postleitzahl, Wohnort
Familienstand		Tag der Eheschließung
Name Ehegatte/in		Geburtsdatum Ehegatte/in
Kinder (Vor- und Zuname, Geburtsdatum)		

Im Bereich der Landes Zahnärztekammer Hessen zahnärztlich tätig:

Praxisanschrift	niedergelassen seit
Arbeitgeber Name, Betriebsnummer, Anschrift	angestellt seit

Bisheriges Versorgungswerk:

Name des bisherigen Versorgungswerks, Anschrift		
von	bis	Mitgliedsnummer

Ich beantrage hiermit, meine an das bisherige Versorgungswerk geleisteten Beiträge an die **Hessische Zahnärzte-Versorgung, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main** zu übertragen.
Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Geltungsbereichswechsels nicht berufsunfähig gewesen bin, keine Pfändung vorliegt und kein Scheidungsverfahren anhängig ist.

Ort	Datum	Mitgliedsnummer	Unterschrift
-----	-------	-----------------	--------------