

# VERSORGUNGSEINRICHTUNG

## der Bezirksärztekammer Trier

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

Schönbornstr. 10, 54295 Trier

Telefon 0651 - 170886-0 Fax 0651 - 170886-66

info@ve-trier.de



### Antrag auf Überleitung von Versorgungsabgaben

**Bitte beachten:** Die Überleitung muss bei einer der beteiligten Versorgungseinrichtungen binnen sechs Monaten seit Beginn der Mitgliedschaft bei dem aufnehmenden Versorgungswerk beantragt werden.

#### 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet / verpartnert  geschieden  verwitwet

Derzeitige Anschrift: \_\_\_\_\_

Ggfs. neue Anschrift (ab?): \_\_\_\_\_

Ist ein Scheidungsverfahren anhängig?  Ja  Nein

#### 2. Bisheriger Tätigkeitsbereich

Bisherige Versorgungseinrichtung: \_\_\_\_\_

Vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

#### 3. Neuer Tätigkeitsbereich

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tätig seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Neu zuständige Versorgungseinrichtung: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Überleitung meiner geleisteten Versorgungsabgaben an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.**

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

#### **Hinweis gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO):**

Die Datenschutzhinweise habe ich bereits zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift