

Zurück an:

Hessische Zahnärzte-Versorgung
Lyoner Str. 21
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)		
Scheidungs-/Versorgungsausgleichverfahren anhängig (Angabe unbedingt erforderlich)		ja nein

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
Wurden Ihre Anwartschaften beim bisherigen Versorgungswerk gepfändet?		ja nein

Ich beantrage hiermit, meine an das bisherige Versorgungswerk geleisteten Beiträge an die **Hessische Zahnärzte-Versorgung, Lyoner Str. 21, 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.

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