

ÜBERLEITUNGSANTRAG (zurück an das Versorgungswerk Westfalen-Lippe)

Die Überleitung ist ausgeschlossen, sofern kein Überleitungsvertrag mit der abgebenden Versorgungseinrichtung besteht, Sie zum Beginn der Mitgliedschaft bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe das 50. Lebensjahr vollendet haben, in der abgebenden Versorgungseinrichtung für mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet worden sind, Sie bei Ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder Ihre Ansprüche gepfändet worden sind.

Name: _____

Vorname: _____

geboren am : _____ in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Derzeitige Anschrift: _____

Neue Anschrift: _____

Telefon privat: _____ Telefon Praxis: _____

Tätig im Kammerbereich Westf.-Lippe seit dem: _____

Wohnhaft im Kammerbereich Westf.-Lippe seit dem: _____

Niedergelassen im Kammerbereich Westf.-Lippe seit dem: _____

Praxisanschrift: _____

Arbeitgeber: _____ Ort: _____

Name der bisherigen Versorgungseinrichtung: _____

gewesen vom: _____ bis: _____

(Scheidungs-)/Versorgungsausgleichsverfahren anhängig: JA ● NEIN ●
(Angabe unbedingt erforderlich)

Ich stelle hiermit den Antrag, meine bisher geleisteten Versorgungsbeiträge an das VERSORGUNGSWERK DER ZAHNÄRZTEKAMMER Westfalen-Lippe, Postfach 88 43, 48047 Münster zu übertragen.

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

Ort, Datum

Unterschrift