

An:

---

---

---

---

## Überleitungsantrag

1. Persönliche Angaben:	
Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtstag:
Geburtsort/Geburtsland:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Bisherige Ärzteversorgung:	
Mitglied der	
Versorgungs- / Mitglieds-Nr.:	

3. Adressänderung:	
bisherige Adresse:	
Verzogen nach:	
Anschrift des neuen Arbeitgebers:	

4. Im Bereich der neu zuständigen Ärztekammer tätig	
4.1 als:	seit:
4.2 Niederlassung am:	

Hinweise: „Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen i.V.m. § 3 HDSIG. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen.“



<b>5.</b>	<b>Überleitung</b>
5.1	<p>Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf die</p> <hr/> <p>(neu zuständige Ärzteversorgung)</p> <p>zu übertragen.</p>

5.2	<p>Ich war seit dem _____ Mitglied der</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung) und habe an Versorgungsabgaben / Beiträgen gezahlt:</p> <hr/> <p>(falls nicht bekannt, unausgefüllt lassen)</p>
-----	---

5.3	<p>Falls Sie zuvor Mitglied einer anderen Ärzteversorgung gewesen sein sollten und eine Überleitung durchgeführt wurde:</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>Beginn der Mitgliedschaft:</td> <td>Ende der Mitgliedschaft:</td> </tr> </table>	Beginn der Mitgliedschaft:	Ende der Mitgliedschaft:
Beginn der Mitgliedschaft:	Ende der Mitgliedschaft:		
	<p>Für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft wurden Beiträge entrichtet:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

<b>6.</b>	<b>Berufsunfähigkeit:</b>
	<p>Ich versichere, dass ich bei der</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.</p>

_____	,den _____	_____
(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)

Dieser Antrag ist **2-fach** einzureichen!

An:

---

---

---

---

## Überleitungsantrag

1. Persönliche Angaben:	
Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtstag:
Geburtsort/Geburtsland:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden
Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

2. Bisherige Ärzteversorgung:	
Mitglied der	
Versorgungs- / Mitglieds-Nr.:	

3. Adressänderung:	
bisherige Adresse:	
Verzogen nach:	
Anschrift des neuen Arbeitgebers:	

4. Im Bereich der neu zuständigen Ärztekammer tätig	
4.1 als:	seit:
4.2 Niederlassung am:	

Hinweise: „Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen i.V.m. § 3 HDSIG. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen.“



<b>5.</b>	<b>Überleitung</b>
5.1	<p>Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf die</p> <hr/> <p>(neu zuständige Ärzteversorgung)</p> <p>zu übertragen.</p>

5.2	<p>Ich war seit dem _____ Mitglied der</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung) und habe an Versorgungsabgaben / Beiträgen gezahlt:</p> <hr/> <p>(falls nicht bekannt, unausgefüllt lassen)</p>
-----	---

5.3	<p>Falls Sie zuvor Mitglied einer anderen Ärzteversorgung gewesen sein sollten und eine Überleitung durchgeführt wurde:</p>		
	<table border="1"> <tr> <td>Beginn der Mitgliedschaft:</td> <td>Ende der Mitgliedschaft:</td> </tr> </table>	Beginn der Mitgliedschaft:	Ende der Mitgliedschaft:
Beginn der Mitgliedschaft:	Ende der Mitgliedschaft:		
	<p>Für die gesamte Dauer der Mitgliedschaft wurden Beiträge entrichtet:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		

<b>6.</b>	<b>Berufsunfähigkeit:</b>
	<p>Ich versichere, dass ich bei der</p> <hr/> <p>(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.</p>

_____	,den _____	_____
(Ort)	(Datum)	(Unterschrift)

Dieser Antrag ist **2-fach** einzureichen!