



An das
Versorgungswerk
der Ärztekammer Bremen
Postfach 10 77 29
28077 Bremen

TELEFON (0421) 3404 - 270
TELEFAX (0421) 3404 - 279
E-MAIL INFO@AEKHBVW.DE
INTERNET WWW.AEKHBVW.DE

Überleitungsantrag

1. Personalien

Name : _____
Vorname : _____
Anschrift : _____
Geschlecht : _____
Familienstand : _____
Geburtstag : _____
Geburtsort : _____
Staatsangehörigkeit: _____

2. Im Lande Bremen tätig

seit : _____
als : _____
Niederlassung am : _____
Arbeitgeber : _____

3. Ich war Mitglied der : _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

in der Zeit vom _____ bis _____ Mitglieds-Nr.: _____

und stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf **das Versorgungswerk der Ärztekammer Bremen** zu übertragen. (Nur möglich, wenn weniger als 60 Beitragsmonate geleistet worden sind.)

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und im Zeitpunkt des Wechsels des Kammerbereichs nicht berufsunfähig war.

Ein Versorgungsausgleich infolge Ehescheidung ist nicht gerichtsanhängig.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)