

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

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.

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)