

Überleitungsantrag

1. Allgemeine Angaben

Mitgliedsnummer: _____

Vorname, Nachname: _____

Geburtstag: _____

derzeitige Anschrift: _____

2. bisheriger Tätigkeitsbereich

Mitglied der _____

vom _____ bis _____ Mitgliedsnummer _____

3. neuer Tätigkeitsbereich

Im Bereich der Tierärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern tierärztlich tätig

seit: _____

derzeitiger Arbeitgeber: _____

Anschrift: _____

tätig als: _____

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die unter Ziff. 2 genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsbeiträge an die Tierärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern überzuleiten.

4. Ist ein Scheidungs- bzw. Versorgungsausgleichsverfahren anhängig?

ja nein

Eine Überleitung ist nur möglich, sofern in der abgebenden Versorgungseinrichtung für nicht mehr als 96 Monate Beiträge entrichtet wurden und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

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