

## 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 8240, 48044 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