



5. Überleitung	
5.1	<p>Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die</p> <p style="text-align: right;">(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf die</p> <p style="text-align: right;">(neu zuständige Ärzteversorgung)</p> <p>zu übertragen.</p>

5.2	<p>Ich war Mitglied der</p> <p style="text-align: right;">(bisherige Ärzteversorgung)</p> <p>seit dem</p> <p>und habe an Versorgungsabgaben / Beiträgen gezahlt:</p> <p style="text-align: right;">(falls nicht bekannt, unausgefüllt lassen)</p>
-----	---

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

6. Berufsfähigkeit:	
	<p>Ich versichere, dass ich bei der</p> <p style="text-align: right;">(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!