

Bisherige (zahn-, tier-,) ärztliche Tätigkeiten

Beginn TT.MM.JJJJ	Ende TT.MM.JJJJ	Tätigkeitsort	Tätig als

**Mitgliedschaft bei einem anderen Träger
(z. B. Berufsständische Versorgungseinrichtung, Deutsche Rentenversicherung,
ausländische gesetzliche Rentenversicherung)**

Sind / waren Sie bereits Mitglied bei einem anderen Träger?

nein

ja, wie folgt (bitte vollständig auführen):

Beginn TT.MM.JJJJ	Ende TT.MM.JJJJ	Name des Trägers

Ich beantrage die Beitragsüberleitung an die Baden-Württembergische Versorgungsanstalt.

Hinweis: Eine Überleitung ist grundsätzlich nur möglich, wenn für nicht mehr als 96 Monate Beiträge an das bisher zuständige Versorgungswerk entrichtet wurden und bei Beginn der Mitgliedschaft bei der Baden-Württembergischen Versorgungsanstalt das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

Es besteht ein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren ja nein

Falls ja, Name und Anschrift des Familiengerichts sowie das Aktenzeichen:

Personenbezogene Daten werden nur erhoben und verarbeitet, soweit dies für die Wahrnehmung der durch Gesetz übertragenen Aufgaben der Versorgungsanstalt erforderlich ist.

Ich versichere, dass ich derzeit nicht berufsunfähig bin.

Ort, Datum

Unterschrift