



**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