

Überleitungsantrag

1. Allgemeine Personalien

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____

2. Neuer Tätigkeitsbereich

Im Bereich der Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern berufstätig

seit: _____ als: _____
(genaue Berufsbezeichnung)

Arbeitgeber: _____

Name/Ort der Apotheke: _____

Voraussichtlich mehr als 3 Monate im Bereich der Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern tätig?

() Ja () Nein

3. Bisheriger Tätigkeitsbereich

Im Bereich der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung zuletzt berufstätig

bis: _____ als: _____

Arbeitgeber: _____

Name/Ort der Apotheke: _____

Mitglied der _____
(bisherige Versorgungseinrichtung)

Mitglied von / bis: _____
(Überleitung nur möglich bei Mitgliedschaft von maximal 60 Monaten im alten Versorgungswerk)

Mitglieds-Nummer: _____

Von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit

seit: _____ zugunsten: _____
(Name der Versorgungseinrichtung)

durch Bescheid der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte bzw. der Deutschen Rentenversicherung Bund

vom: _____ Versicherungs-Nr. _____
(Ausstellungsdatum)

4. Ergänzende Angaben zum bisherigen Mitgliedsverlauf

Berufsunfähigkeit: vom _____ bis _____

Praktikumszeit: vom _____ bis _____

Arbeitslosengeldzeit: vom _____ bis _____

beitragsfreie Zeiten (getrennt nach Ursachen):

Ausbildung: vom _____ bis _____

Bundeswehr: vom _____ bis _____

ohne Beschäftigung: vom _____ bis _____

Mutterschutzfristen: vom _____ bis _____

Elternzeiten: vom _____ bis _____

Ist ein Scheidungs- bzw. Versorgungsausgleichverfahren anhängig?
() JA () NEIN

Ich beantrage hiermit, meine bisher an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten gesamten Beiträge (alle von mir selber, von den bisherigen Arbeitgebern und von der Bundesagentur für Arbeit bezahlten) an die Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern überleiten zu lassen.

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeit gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Dieser Antrag ist bei der Apothekerversorgung Mecklenburg-Vorpommern einzureichen!