

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

**Mitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung**

Sind / waren Sie bereits Mitglied einer anderen berufsständischen Versorgungseinrichtung?

**NEIN**

**JA, seit** \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_  
Name des Versorgungswerks

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer des Versorgungswerkes

Ich beantrage die Beitragsüberleitung an das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen

**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 im Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet ist.

Es besteht ein anhängiges Versorgungsausgleichsverfahren  JA  NEIN

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

\_\_\_\_\_

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und versichere gleichzeitig, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt der jetzigen Tätigkeitsaufnahme im Kammerbereich Thüringen nicht berufsunfähig war.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift