



Ärzteversorgung Thüringen

Einrichtung der Landesärztekammer Thüringen KdöR

Bestand/Rente

Tel.: 03641 614 - 0
Fax: 03641 614 - 258
E-Mail: service@aev-thueringen.de

Überleitungsantrag

Eine Beitragsüberleitung ist möglich, wenn weniger als 97 Beitragsmonate vorliegen, wobei übergeleitete Beitragsmonate entsprechend zu berücksichtigen sind.

Ihre Sozialversicherungsnummer									

Angaben zu meiner Person										
Titel, Akademischer Grad										
Name					Vorname(n)					
Geburtsname, früher geführter Name					Geburtsdatum		Tag	Monat	Jahr	
Geburtsort					Geschlecht					
					<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers		
Geburtsland					Staatsangehörigkeit (Ausweiskopie beifügen)					
bisherige Wohnanschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort										
neue Wohnanschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort										
Telefonnummer privat					E-Mail privat					
Familienstand										
<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> geschieden			Ist ein Scheidungs- / Versorgungsausgleichsverfahren anhängig?			<input type="checkbox"/> ja		
<input type="checkbox"/> verheiratet / eingetragene Partnerschaft		<input type="checkbox"/> verwitwet						<input type="checkbox"/> nein		
Angaben zur neuen beruflichen Tätigkeit										
Tätigkeitsbeginn			Tag	Monat	Jahr		Ich bin in der neuen Tätigkeit		<input type="checkbox"/> angestellt / abhängig beschäftigt	
									<input type="checkbox"/> selbständig tätig	
Bezeichnung der neuen Tätigkeit					Tätigkeitsort					
Arbeitgeber										
Anschrift Arbeitgeber / Praxisanschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort										
Angaben zur früheren Mitgliedschaft										
Name der letzten Versorgungseinrichtung										
vom	Tag	Monat	Jahr		bis	Tag	Monat	Jahr		Mitgliedsnummer
Ich beantrage meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf die neu zuständige Versorgungseinrichtung zu übertragen.									<input type="checkbox"/> ja	
									<input type="checkbox"/> nein	
neu zuständige Versorgungseinrichtung										

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
für Rentenbeitragszahlungen
IBAN: DE39 3006 0601 0043 2940 48
BIC: DAAEDED
für sonstige Zahlungen
IBAN: DE02 3006 0601 0003 2940 48
BIC: DAAEDED

Kontakt

Postfach 100619 | 07706 Jena
Im Semmicht 33 | 07751 Jena
Tel.: 03641 614 - 0
Web: www.laek-thueringen.de

Datenschutz

Die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten (Datenschutzhinweise nach Artikel 13, 21 der Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie auf unserer Homepage www.laek-thueringen.de/datenschutz.
Ist es Ihnen nicht möglich, unsere Datenschutzhinweise dort einzusehen, senden wir Ihnen diese auf Anforderung gerne zu.