

**Altersversorgungswerk  
der Zahnärztekammer Niedersachsen  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover**

Telefon: 0511 21570-100  
E-Mail: [mitgliederverwaltung@avw-nds.de](mailto:mitgliederverwaltung@avw-nds.de)  
[www.avw-nds.de](http://www.avw-nds.de)

## ÜBERLEITUNGSANTRAG

Mitgliedsnummer
<input type="text"/>

Name	Vorname	Titel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		
<input type="text"/>		
Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gemäss § 29 Abs. 2 Nr. 1–3 (für die Beitragsüberleitung bei Ende der AVW-Mitgliedschaft) bzw. § 29 Abs. 3 Nr. 1–5 (für die Beitragsüberleitung bei Beginn der AVW-Mitgliedschaft) der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH) ist eine Beitragsüberleitung **nicht** möglich,

- wenn der Antrag beim AVW der ZKN oder der anderen Versorgungseinrichtung **nicht binnen sechs Monaten** seit Beginn der jeweiligen Pflichtmitgliedschaft eingegangen ist (§ 29 Abs. 2 Nr. 1 bzw. Abs. 3 Nr. 1 ABH)
- wenn für die jeweilige beitragspflichtige Mitgliedschaft für **mehr als 96 volle Monate** Beiträge entrichtet worden sind (§ 29 Abs. 2 Nr. 2 bzw. Abs. 3 Nr. 2 ABH)
- wenn bei Beginn der AVW-Pflichtmitgliedschaft **das 50. Lebensjahr bereits vollendet** wurde (§ 29 Abs. 3 Nr. 3 ABH)
- wenn **kein** Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht (§ 29 Abs. 2 Nr. 2 bzw. Abs. 3 Nr. 2 ABH).
- wenn die Bestimmungen des Abkommens einer Überleitung entgegenstehen.

Eine Überleitung der in die gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)) gezahlten Beiträge ist nicht möglich.

Sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsüberleitung erfüllt sind, jedoch noch bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Beitragsrückstände bestehen, kann die Überleitung erst nach vollständiger Tilgung der Beitragsrückstände durchgeführt werden.

Bisherige Versorgungseinrichtung

Neue Versorgungseinrichtung

Wechsel zum

**Ich stelle hiermit unwiderruflich den Antrag, meine bisher entrichteten Beiträge/Versorgungsabgaben an die neue Versorgungseinrichtung zu übertragen.**

Datum

Ort

Unterschrift