

# Überleitungsantrag

Bitte 2-fach einreichen!

Versorgungseinrichtung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Postfach 11 06  
23781 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

## **Angaben zur Person**

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Angaben zur ärztlichen Tätigkeit**

In Schleswig-Holstein tätig seit: \_\_\_\_\_

als angestellter / niedergelassener Arzt \*) \_\_\_\_\_

ggf. Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**bisherige Tätigkeit** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Tätig als: \_\_\_\_\_

ggf. Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

*Ich beantrage hiermit, meine an die*

Az.: \_\_\_\_\_

(bisherige Ärzteversorgung)

*geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die **Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein** überzuleiten. Ferner versichere ich, dass ich beim bisherigen Versorgungswerk keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig gewesen bin.*

**Ein Scheidungsverfahren ist / ist nicht anhängig. \*)**

\_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

\_\_\_\_\_  
\*) Nichtzutreffendes bitte streichen!