

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

Im Bereich des neu zuständigen Versorgungswerk tätig seit: _____
als angestellter / niedergelassener Arzt *) _____
ggf. Arbeitgeber: _____
Anschrift: _____
bisherige Tätigkeit: _____

*Ich beantrage hiermit, meine an die **Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein** geleisteten Beiträge zu meinen Gunsten an die*

Az.: _____

(neu zuständiges Versorgungswerk)

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!