

Überleitungsantrag

Versorgungswerk
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 das **Versorgungswerk 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. *)