

## Überleitungsantrag

Versorgungswerk  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 14-16  
23795 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 <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_

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

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

### bisherige Tätigkeit

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

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

(neue Ärzteversorgung)

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. <sup>\*)</sup>

Ort

Datum

Unterschrift

<sup>\*)</sup> Zutreffendes bitte auswählen