

Mitglieds-Nr.:

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

Überleitungsantrag

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Familienstand: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Anschrift: _____

Angaben zur ärztlichen Tätigkeit

Im Bereich des neu zuständigen Versorgungswerkes tätig seit: _____
☐ als angestellter Arzt ☐ als niedergelassener Arzt
ggf. Arbeitgeber: _____
Anschrift: _____
bisherige Tätigkeit: _____

Beitragsüberleitung an eine andere Ärzteversorgung

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

_____ neue Ärzteversorgung

_____ Mitgliedsnummer

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 anhängig☐ ist nicht anhängig_____
Ort, Datum_____
Unterschrift