

Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg

Winterhuder Weg 62 · 22085 Hamburg · Telefon 040/22 71 96 0

Überleitungsantrag

(letzte Durchschrift für Ihre Unterlagen)

Mitglieds-Nr.: _____

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geschlecht männlich weiblich

Staatsangehörigkeit: _____

Geburtstag: ____ . ____ . ____

Geburtsort: _____

Familienstand ledig verh. gesch. verwitwet eingetr. Lebenspartnerschaft

aktuelle Anschrift: _____

Ist ein Scheidungsverfahren anhängig? ja nein

Angaben zur bisherigen Versorgungseinrichtung

Bisher zuständige Versorgungseinrichtung: _____

vom ____ . ____ . ____ bis ____ . ____ . ____

Mitgliedsnummer: _____

Neuer Tätigkeitsbereich

Tätig ab: ____ . ____ . ____

Tätig als: _____

ggf. Arbeitgeber: _____

Anschrift des Arbeitgebers: _____

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die bisher zuständige Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überzuleiten.

Ich versichere, dass ich bei der bisherigen Versorgungseinrichtung keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels nicht berufsunfähig war.

Hamburg, den _____

(Unterschrift)

Hinweis nach § 12 Hamburgisches Datenschutzgesetz: Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist das Versorgungsstatut der Ärztekammer Hamburg. Die für Ihre Mitgliedschaft erforderlichen Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet.