

Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg

Stadthausbrücke 12 · 20355 Hamburg · Telefon 040/22 71 96 0

Überleitungsantrag

Mitglieds-Nr.: _____

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geschlecht männlich weiblich Staatsangehörigkeit: _____

Geburtstag: _____._____._____ Geburtsort: _____

Familienstand ledig verh. gesch. verwitwet eingetragene 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 § 4 des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe. Die für Ihre Mitgliedschaft erforderlichen Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften gespeichert und verarbeitet.