



Überleitungsantrag

1. Persönliche Daten		
Name	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl	Ort (ggf. auch Land)	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

2. Neuer Tätigkeitsbereich	
als	seit
Dienstanschrift	

3. Bisherige Versorgungseinrichtung		
Versorgungseinrichtung		
Mitglied von	bis	Mitgliedsnummer
<p>Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge auf die neu zuständige Versorgungseinrichtung zu übertragen:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(neu zuständige Versorgungseinrichtung)</p>		

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

Ort, Datum

Unterschrift