

## Überleitungsantrag

### 1. Allgemeine Personalien

a) Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

b) Geschlecht: männlich  weiblich

c) Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

d) Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

e) derzeitige Anschrift: \_\_\_\_\_

f) vorher wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren rechtshängig?  nein  ja

### 2. Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung

derzeitiger Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Dort beschäftigt seit: \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

### 3. Mitglied des \_\_\_\_\_ (bisherige Versorgungseinrichtung)

Vers.-Nr. \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### 4. Antrag

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die unter Ziffer 3) genannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben/Beiträge auf die

\_\_\_\_\_

(neu zuständige Versorgungseinrichtung)

zu übertragen.

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 der/s Versicherten