

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