

Überleitungsantrag

Mitgliedsnummer

						/	0	0	/	0	7	2	
--	--	--	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	--

wird vom Versorgungswerk vergeben

Allgemeine Personalien

Name, Vorname (ggf. Geburtsname) Antragsteller/in	Berufsbezeichnung(en)/Akademischer Grad
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit	
Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichverfahren anhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bisherige Anschrift PLZ Ort, Straße/ Nr. (ggf. Postfach)	

Bisherige Versorgungseinrichtung		
Mitglied von	bis	Mitgliedsnummer

Neue Anschrift PLZ Ort, Straße/ Nr. (ggf. Postfach)
Ich bin seit dem _____ im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung tätig.

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben/Beiträge auf das Versorgungswerk der Steuerberaterinnen und Steuerberater im Land Schleswig-Holstein zu übertragen.

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

Ort/Datum

Unterschrift