



**Angaben zur aktuellen Berufstätigkeit**

\*Bitte Beleg als Kopie beilegen

Pharmazeutische Tätigkeit

☐

approbiert\*

seit/ab

Arbeitgeber

Apotheker/in in Anerkennung

☐

vorübergehende\*

seit/ab

Arbeitgeber

Pharmaziepraktikum

seit/ab

Arbeitgeber

**Angaben zu früheren Mitgliedschaften**

Falls Sie vor Aufnahme der Berufstätigkeit in Schleswig Holstein schon Mitglied einer anderen Versorgungseinrichtung oder eines anderen gesetzlichen Rentenversicherungsträgers im Inland oder europäischen Ausland (EU/EFTA/EWR) waren, bitten wir Sie, hier den Zeitraum der Mitgliedschaft, das entsprechende Land sowie den Namen der Versorgungseinrichtung anzugeben.

| vom                  | bis                    | Land/<br>Bundesland  | Versorgungseinrichtung/<br>Rententräger |
|----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| <input type="text"/> | – <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/> | – <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/> | – <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>                    |

Beschäftigung in Schleswig-Holstein länger als 3 Monate

☐

Ja

☐

Nein

Bestehen z. Zt. weitere Beschäftigungsverhältnisse in anderen Kammerbereichen

☐

Ja

☐

Nein

**Überleitungsantrag (optional)**

Sofern Sie zuvor bereits in einem anderen Versorgungswerk Mitglied waren, können Sie **innerhalb von 3 Monaten ab der Tätigkeitsaufnahme in Schleswig-Holstein** die Überleitung der an Ihr bisheriges Versorgungswerk gezahlten Beiträge zu uns beantragen.

Eine Überleitung ist insbesondere ausgeschlossen, wenn:

- Sie in Ihrem bisherigen Versorgungswerk länger als 60 Monate Mitglied waren.
- Beitragsrückstände bestehen und diese nicht innerhalb der Antragsfrist nachentrichtet werden.
- Ihre Ansprüche ganz oder teilweise abgetreten, verpfändet oder gepfändet sind.
- Der Versorgungsfall eingetreten ist oder
- ein Versorgungsausgleichsverfahren eingeleitet oder abgeschlossen ist.

Ich versichere, dass ich keinen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt habe und zum Zeitpunkt des Arbeitgeberwechsels nicht berufsunfähig war.

Ich stelle hiermit den Antrag, meine bisher an die Apothekerversorgung

\_\_\_\_\_

Name der bisherigen Versorgungseinrichtung

geleisteten Beiträge an die **Apothekerversorgung Schleswig-Holstein** überzuleiten.

Eine Kopie dieses Formulars darf zum Zwecke der Beitragsüberleitung an mein bisher zuständiges Versorgungswerk gesendet werden.

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns sehr wichtig. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und entsprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften sowie unserer Datenschutzerklärung. Lesen Sie hierzu auf unserer Website unter: [www.av-sh.de](http://www.av-sh.de) oder fordern diese ggf. schriftlich unter Tel. 0431-579-3550 an.

Ort, Datum

Unterschrift