Steuerberaterversorgungswerk
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentl. Rechts
Ostseeallee 40
18107 Rostock

Mitgliedsnummer

wird vom Versorgungswerk vergeben

Überleitungsantrag

1. Allgemeine Personalien:

Name, Vorname:

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden

Ist ein Scheidungs- oder Versorgungsausgleichsverfahren anhängig? ☐ ja ☐ nein

Bisherige Anschrift:

2. Bisherige Versorgungseinrichtung:

Name der Versorgungseinrichtung:

Mitglied von: bis: Mitgliedsnummer:

3. Neu zuständige Versorgungseinrichtung:

Ich bin ab dem Mitglied im Steuerberaterversorgungswerk Mecklenburg-Vorpommern.

Neue Postanschrift:

Ich stelle hiermit den Antrag, meine an die vorgenannte Versorgungseinrichtung geleisteten Versorgungsabgaben / Beiträge auf das Versorgungswerk der Steuerberater und Steuerbevollmächtigten in Mecklenburg-Vorpommern zu übertragen.

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

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift