

ÜBERLEITUNGSANTRAG

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____

Im Bereich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung seit: _____
Derzeitiger Arbeitgeber: _____
Mitglied der bisherigen Versorgungseinrichtung: _____

Gemäss § 29 Abs. 2 Ziff. 1 - 3 (für die Beitragsüberleitung bei Ende der AVW-Mitgliedschaft) bzw. § 29 Abs. 3 Ziff. 1 - 5 (für die Beitragsüberleitung bei Beginn der AVW-Mitgliedschaft) der Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenensicherung (ABH) ist eine Beitragsüberleitung **nicht** möglich,

- wenn der Antrag beim AVW der ZKN oder der anderen Versorgungseinrichtung **nicht binnen sechs Monaten** seit Beginn der jeweiligen Pflichtmitgliedschaft eingegangen ist (§ 29 Abs. 2 Ziff. 1 bzw. Abs. 3 Ziff. 1 ABH)
- wenn für die jeweilige beitragspflichtige Mitgliedschaft für **mehr als 96 volle Monate** Beiträge entrichtet worden sind (§ 29 Abs. 2 Ziff. 2 bzw. Abs. 3 Ziff. 2 ABH)
- wenn bei Beginn der AVW-Pflichtmitgliedschaft **das 50. Lebensjahr bereits vollendet** wurde (§ 29 Abs. 3 Ziff. 3 ABH)
- wenn **kein** Überleitungsabkommen mit der anderen Versorgungseinrichtung besteht (§ 29 Abs. 2 Ziff. 2 bzw. Abs. 3 Ziff. 2 ABH).

Eine Überleitung der in die gesetzliche Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV), ehemals Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)) gezahlten Beiträge ist nicht möglich.

Sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsüberleitung erfüllt sind, jedoch noch bei der abgebenden Versorgungseinrichtung Beitragsrückstände bestehen, kann die Überleitung erst nach vollständiger Tilgung der Beitragsrückstände durchgeführt werden.

Ich stelle hiermit unwiderruflich den Antrag, meine bisher entrichteten Beiträge / Versorgungsabgaben an die neu zuständige Versorgungseinrichtung _____ zu übertragen.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)