



Versorgungswerk  
 der Landesärztekammer Hessen  
 Mitgliederbetreuung  
 Mittlerer Hasenpfad 25  
 60598 Frankfurt am Main

### Erklärung zur Beitragszahlung

<b>1.</b>	<b>Persönliche Angaben:</b>	
	Mitglieds-/Rentennummer:	
	Name:	Vorname:
	Geburtstag:	Anschrift:

<b>2.</b>	<b>Grund der Beitragsänderung:</b>
	Ich beantrage eine Beitragsfestsetzung
<input type="checkbox"/>	für die Dauer der <u>Unterbrechung</u> meiner ärztlichen Tätigkeit gem. § 9 Abs. 2 f der Satzung
oder	
<input type="checkbox"/>	für die Dauer der <u>Arbeitsunfähigkeit</u> gem. § 9 Abs. 2 d der Satzung
oder	
<input type="checkbox"/>	für die Dauer der gesetzlichen <u>Mutterschutzfrist und / oder der Elternzeit</u> gem. § 9 Abs. 2 b der Satzung (nur für weibliche Mitglieder)
oder	
<input type="checkbox"/>	für die Dauer der <u>Elternzeit</u> gem. § 9 Abs. 2 b der Satzung (nur für männliche Mitglieder)

<b>3.</b>	<b>Art der Beitragsänderung:</b>
	Ich beantrage
<input type="checkbox"/>	eine monatliche Beitragszahlung in Höhe von € _____
oder	
<input type="checkbox"/>	Beitragsbefreiung (nur bei Mutterschutz und Elternzeit möglich)

**Hinweis: Jede Beitragsminderung führt zu einer Minderung der Rentenhöhe.**

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

**Hinweise:** Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen. Das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen verarbeitet die für die Erfüllung seiner Aufgaben erforderlichen Daten (§§ 11, 18 Hess. Datenschutzgesetz und § 5 a Hess. Heilberufsgesetz).