



Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Mittlerer Hasenpfad 25
 60598 Frankfurt am Main

Änderung der persönlichen Daten

1.	Bisherige Angaben:		
	Mitglieds-/Rentennummer:		
	Name:	Vorname:	
	Geburtstag:	Anschrift:	

2.	Namensänderung (Nachweis bitte beifügen, z.B. Kopie der Heiratsurkunde):		
<input type="checkbox"/>	neuer Name:	gilt ab:	

3.	Adressänderung:		
<input type="checkbox"/>	neue Anschrift:	gilt ab:	

4.	Änderung der Bankverbindung <u>inländisch</u>: (bei Beitragszahlern muss eine Einzugsermächtigung erteilt worden sein)		
<input type="checkbox"/>	Konto-Nr.:	BLZ:	gilt ab:
	Geldinstitut:		

5.	Änderung der Bankverbindung <u>ausländisch</u>: (gilt nur für Versorgungsempfänger)		
<input type="checkbox"/>	Konto-Nr.:	BLZ:	gilt ab:
	BIC-Nummer/Swift-Code:	IBAN-Nummer:	
	Geldinstitut (bitte genaue Bezeichnung der ausländischen Bank):		

	, 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).