



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

Erklärung zur Höherversorgung gemäß § 11 der Satzung

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

2. Art der Höherversorgung		
	Ich beantrage	
<input type="checkbox"/>	eine Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 1 der Satzung ab dem _____ in Höhe von monatlich € _____	
<input type="checkbox"/>	eine Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 2 der Satzung (zusätzlich möglich, jedoch nur für Mitglieder mit vertragsärztlicher Tätigkeit in Hessen) ab dem _____ in Höhe von monatlich € _____	

3. Einzugsermächtigung		
<input type="checkbox"/>	Bitte buchen Sie meine Beiträge zu o.g. Höherversorgung von folgender Bankverbindung ab dem _____ ab.	
	Konto-Nr:	BLZ:
	Geldinstitut:	Name des Kontoinhabers:

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

_____	, den	_____	_____
(Ort)		(Datum)	(Unterschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Mitglied)

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).