

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

Erklärung zur Höherversorgung gemäß § 11 der Satzung

1.	Persönliche Angaben:	
	Mitgliedsnummer:	
	Name:	Vorname:
	Geburtstag:	Anschrift:

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

3.	Änderung Höherversorgung:
	Die bestehende Höherversorgung gemäß
<input type="checkbox"/>	§ 11 Abs. 1 der Satzung soll <input type="checkbox"/> ab dem _____ um monatlich EUR _____ auf EUR _____ erhöht werden <input type="checkbox"/> ab dem _____ um monatlich EUR _____ auf EUR _____ vermindert werden
<input type="checkbox"/>	§ 11 Abs. 2 der Satzung soll <input type="checkbox"/> ab dem _____ um monatlich EUR _____ auf EUR _____ erhöht werden <input type="checkbox"/> ab dem _____ um monatlich EUR _____ auf EUR _____ vermindert werden

4.	Beendigung Höherversorgung:
	Die bestehende Höherversorgung gemäß
<input type="checkbox"/>	§ 11 Abs. 1 der Satzung kündige ich zum _____
<input type="checkbox"/>	§ 11 Abs. 2 der Satzung kündige ich zum _____



