

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

Erklärung zur Beitragszahlung

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

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

3. Art der Beitragsänderung:	
Ich beantrage	
oder	eine monatliche Beitragszahlung in Höhe von EUR _____
	Beitragsbefreiung (nur bei Mutterschutz und Elternzeit möglich)

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

Hinweis: Jede Beitragsminderung führt zu einer Minderung der Rentenhöhe.

