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	
☐	eine Höherversorgung gemäß § 11 Abs. 1 der Satzung ab dem _____ in Höhe von monatlich EUR _____	
☐	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 EUR _____	
3.	**SEPA-Lastschriftmandat** **Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02VWH00000058715** **Mandatsreferenz: *wird separat mitgeteilt***	
	Ich ermächtige das Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Versorgungswerk der Landesärztekammer auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
	IBAN: BIC (Bank Identifier Code)	
	Geldinstitut:	Vor- und Nachname (Kontoinhaber):
	Ort, Datum:	Straße und Hausnummer (Kontoinhaber):
	Unterschrift des Kontoinhabers:	Postleitzahl und Ort (Kontoinhaber):

(Ort)	(Datum)	(Unterschrift Mitglied)

Hinweise: „Rechtsgrundlage für die Erhebung dieser Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerks der Landesärztekammer Hessen i.V.m. § 3 HDSIG. Die Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Für telefonisch erteilte Auskünfte sowie für die Verwertung telefonisch erteilter Informationen wird keine Haftung übernommen."