

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)

Hinweis: Jede Beitragsminderung führt zu einer Minderung der Rentenhöhe.

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

Beitragsklärung / Mitgliederbetreuung / Stand: 13.06.2018

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.“