

Versorgungswerk
 der Landesärztekammer Hessen
 Mitgliederservice
 Hanauer Landstraße 150
 60314 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 _____



5.	Zahlung
-----------	----------------

5.1	SEPA-Lastschriftmandat	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02VWH00000058715 Mandatsreferenz: <i>wird separat mitgeteilt</i>
------------	-------------------------------	--

<input type="checkbox"/>	<p>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.</p>	
	IBAN: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	BIC: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Vor- u. Nachname Kontoinhaber: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Geldinstitut: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Straße u. Hausnummer Kontoinhaber: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Ort, Datum: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	PLZ u. Ort Kontoinhaber: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Unterschrift Kontoinhaber: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

5.2	Überweisung
------------	--------------------

<input type="checkbox"/>	<p>Die monatlichen Beiträge werden unter Angabe der Mitgliedsnummer auf Ihr Bankkonto Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, IBAN: DE94 3006 0601 0001 5876 17, BIC: DAAEDEDXXX überwiesen.</p>
--------------------------	--

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