

Versorgungswerk  
 der Landesärztekammer Hessen  
 Mitgliederservice  
 Hanauer Landstraße 150  
 60314 Frankfurt am Main

### Erklärung zur Beitragszahlung

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

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

<b>3.</b>	<b>Art der Beitragsänderung:</b>	
	Ich beantrage	
<input type="checkbox"/>	eine monatliche Beitragszahlung in Höhe von EUR _____	
oder	von _____ bis _____	
<input type="checkbox"/>	Beitragsbefreiung von _____ bis _____ (nur bei Mutterschutz und Elternzeit mög- lich)	

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

**Hinweis: Jede Beitragsminderung führt zu einer Minderung der Rentenhöhe.**

Deutsche Apotheker- und Ärztekammer eG IBAN: DE94 3006 0601 0001 5876 17 BIC: DAAEDEDXXX

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 6 Abs. 2 der Satzung des Versorgungswerkes 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.

