

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und von Ihnen unterzeichnet an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein **per Post an die untenstehende Anschrift** oder **per Fax (04551 803-939)** oder **eingescannt per E-Mail an: mitglieder@vaesh.de**

Versorgungswerk der  
Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Postfach 1106  
23781 Bad Segeberg



Ihre Mitgliedsnummer

---

(Name, Vorname in Druckbuchstaben)

### Antrag auf Teilnahme an der freiwilligen Höherversicherung

Hiermit beantrage ich mit Wirkung ab \_\_\_\_\_  
die Teilnahme an der freiwilligen Höherversicherung mit

- einem festen monatlichen Betrag in Höhe von € \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ % des Regelbeitrages (Auswahl zwischen 5 % und 150 %)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### SEPA-Lastschriftmandat (nur für regelmäßig wiederkehrende Zahlungen)

Hiermit ermächtige ich Sie, die Beiträge von meinem Konto bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### Möchten Sie individuell beraten werden ?

Rufen Sie uns bitte an. Unter der Rufnummer **04551 803-900** sind wir gerne für Sie da.