

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.