

Bitte bei **Veränderungen** ausgefüllt und unterschrieben
per Post, per E-Mail (mitglieder@vaesh.de) oder
per Fax (04551 803-939) zurücksenden an:

Versorgungswerk
der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Postfach 11 06
23781 Bad Segeberg

Mitglieds-Nr.:

Name:

Meine **neue Anschrift** lautet: _____
_____ ab / seit: _____

Mein **neuer Arbeitgeber** heißt: _____
_____ ab / seit: _____

Ich bin **ohne ärztliche Tätigkeit** ab / seit: _____
Ich beantrage die Zahlung des Mindestbeitrags Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 die Befreiung von der Mitgliedschaft für die beschäftigungslose Zeit
Es besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld ab / seit: _____
bei der Agentur für Arbeit: _____ Kunden-Nr.: _____

Ich beziehe **Krankengeld** ab / seit: _____
 Ich bin gesetzlich bei folgender Krankenkasse versichert: _____
 Ich habe bei meiner Krankenkasse einen Antrag auf Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge an das
Versorgungswerk gestellt
 Ich bin privat krankenversichert und beantrage
daher die Zahlung des Mindestbeitrags Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 Befreiung von der Mitgliedschaft für die Dauer der Erkrankung

Ich befinde mich im **Mutterschutz*)** ab / seit: _____ bis: _____
 Ich nehme die **Elternzeit*)** in Anspruch vom: _____ bis: _____
Ich beantrage die Zahlung des Mindestbeitrags Zahlung von monatlich € _____ ab _____
 beitragsfreie Mitgliedschaft für die beschäftigungsfreie Zeit

***) Bitte fügen Sie eine Bescheinigung über den vorauss. Entbindungstermin bzw. eine Kopie der Geburtsurkunde bei.**

Sonstiges: _____

SEPA-Lastschriftmandat) / neue Bankverbindung:** Hiermit ermächtige ich Sie, Zahlungen von meinem Konto bis auf
Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen:

IBAN _____

BIC _____ Kreditinstitut _____

Beginn des Mandats: _____

****) Hinweis:** Sofern Sie Ihre Beiträge bislang per Dauerauftrag an uns entrichtet hatten, sollte dieser zum Beginn des SEPA-Mandats beendet werden.

Ort

Datum

Unterschrift