Mitglieds-Nr.:

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

Antrag auf Teilnahme an der freiwilligen Höherversicherung

Meine Personalien

Name: _____ Vorname: _____

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 %)

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich Sie, Zahlungen von meinem Konto bis auf Widerruf mittels Lastschrift einzuziehen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut _____

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BIC (8- oder 11-stellig) | | | | | | | | | | |

Haben Sie Fragen? Wir helfen Ihnen gerne. Unter der Rufnummer 04551 803-900 sind wir für Sie da.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

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.**

VAL03096