



Name, Vorname

Geburtsdatum

Grid for name and date input

TTMMJJJJ date grid

Ich bin

Form for occupation: selbstständig als, Beamter/Beamtin, Sozialhilfeempfänger/in, Anzahl der wöchentl. Arbeitsstunden, Anzahl der Beschäftigten (ohne Azubis), Rentner/in, Schüler/in, Student/in, Hausfrau/Hausmann, Existenzgründer/in, Pensionär/in

Ich habe

Form for services: Leistungen bei der Agentur für Arbeit beantragt, Rente beantragt, Antragsdatum (TTMMJJJJ)

Angaben zu den Einkommensverhältnissen

Meine monatlichen Bruttoeinnahmen liegen über 3.825,00 EUR (jährl. 45.900,00 EUR). Weitere Angaben zu den Einkommensverhältnissen entfallen. Angaben zu den Einkommensverhältnissen Ihres Ehegatten sind nur notwendig, wenn dieser nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist.

Mein Ehegatte ist in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert: Ja/Nein (bitte Einkommensnachweis beifügen.)

Anzahl der gemeinsamen unterhaltsberechtigten Kinder (ohne eigene Einnahmen):

Diese Angaben werden nur bei einem Mitgliedsantrag für Minderjährige benötigt:

Vorname, Name Geburtsdatum des/der gesetzlicher Vertreter und ggf. abweichende Anschrift

Blank space for representative information

Table with 3 columns: Category, Monatlich EUR, Jährlich EUR. Rows include: Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit, Lohn/Gehalt aus einer Beschäftigung, Renten, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem GSIG, Brutto-Versorgungsbezüge, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, Zinsen und sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen, Abfindung, Sozialhilfe, Sonstige Einnahmen

Meine Einnahmen liegen unter 875,00 EUR, mein Lebensunterhalt wird sichergestellt durch:

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen. Über alle künftigen Veränderungen werde ich Sie unverzüglich informieren und geeignete Nachweise (z.B. Steuerbescheid) vorlegen. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder unwahre Angaben zu Beitragsnachberechnungen führen.

Pflegeversicherung: Ich habe Kinder Ja/Nein (bitte Nachweis beifügen.)

Ich wünsche die Krankenversicherung (nur für hauptberuflich selbständig Erwerbstätige)

mit Anspruch auf Krankengeld ab der 7. Woche ohne Anspruch auf Krankengeld

Ja/Nein Hiermit erteile ich meine Zustimmung zur Übermittlung der gezahlten bzw. erstatteten Beiträge an die zentrale Stelle für Altersvermögen. Diese Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Meine Steuer-ID lautet:

Zahlungsweise – Bitte nur bei freiwilliger Mitgliedschaft bzw. Mitgliedschaft als Student/in ausfüllen

Die Beiträge werden überwiesen. Einzugsermächtigung: Die Beiträge sollen von folgendem Konto eingezogen werden:

Form for bank account: Konto, BLZ, Bank

Form for date and signature: Datum, Unterschrift