



An die

Beitragskontonummer

1

# Antrag auf Beitragsvorauszahlung

Eingangsstempel des Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer			
Lfd.-Nr.	Geburtsdatum		
	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsangehörigkeit	
E-Mailadresse		Telefonnummer:	

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)

Vorname(n)

E-Mailadresse

Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

1. Dienstgeber/in: Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 monatliches Entgelt: \_\_\_\_\_ Dienstleistungsscheck:  ja  nein
2. Dienstgeber/in: Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 monatliches Entgelt: \_\_\_\_\_ Dienstleistungsscheck:  ja  nein
3. Dienstgeber/in: Name: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 monatliches Entgelt: \_\_\_\_\_ Dienstleistungsscheck:  ja  nein

Zahlungsort:  Erlagschein oder  Einzugsermächtigung

IBAN	BIC
------	-----

Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers	Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers
--	--

**Hinweise zur Formalversicherung:** Liegen bei der Ausübung mehrerer geringfügiger Beschäftigungen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung vor (Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze durch Zusammenzählen der Entgelte), besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals Beiträge entrichtet worden sind, eine besondere Formalversicherung. Sollte die Summe aller Entgelte die Geringfügigkeitsgrenze unvorhergesehen nicht überschreiten, bleibt die besondere Formalversicherung weiter bestehen.  
 Die besondere Formalversicherung endet

1. mit Widerruf des Antrages durch die Versicherte bzw. den Versicherten,
2. mit Zustellung des Bescheides des Versicherungsträgers über das Ausscheiden aus der Versicherung,
3. mit Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung (Ausübung mehrerer geringfügiger Beschäftigungen) wegfallen.“

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers



An die

Beitragskontonummer

**2** **Antrag  
auf Beitragsvorauszahlung**

Eingangsstempel des  
Krankenversicherungsträgers

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤

Versicherungsnummer		
Lfd.-Nr.	Geburtsdatum	
	Tag	Monat
		Jahr
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsangehörigkeit
E-Mailadresse		Telefonnummer:

Familienname/Nachname (auch alle früher geführten Namen)

Vorname(n)

E-Mailadresse

Anschrift (Plz., Ort, Straße, Nr.)

Kassenvermerke

Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:

1. Dienst- Name:  
geber/in: Adresse:  
monatliches Entgelt: Dienstleistungsscheck:  ja  nein

2. Dienst- Name:  
geber/in: Adresse:  
monatliches Entgelt: Dienstleistungsscheck:  ja  nein

3. Dienst- Name:  
geber/in: Adresse:  
monatliches Entgelt: Dienstleistungsscheck:  ja  nein

Zahlungsmittel:  Erlagschein oder  Einzugsermächtigung

IBAN BIC

Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers

**Hinweise zur Formalversicherung:** Liegen bei der Ausübung mehrerer geringfügiger Beschäftigungen die Voraussetzungen für eine Pflichtversicherung vor (Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze durch Zusammenzählen der Entgelte), besteht ab dem Zeitpunkt, für den erstmals Beiträge entrichtet worden sind, eine besondere Formalversicherung. Sollte die Summe aller Entgelte die Geringfügigkeitsgrenze unvorhergesehen nicht überschreiten, bleibt die besondere Formalversicherung weiter bestehen.  
Die besondere Formalversicherung endet  
1. mit Widerruf des Antrages durch die Versicherte bzw. den Versicherten,  
2. mit Zustellung des Bescheides des Versicherungsträgers über das Ausscheiden aus der Versicherung,  
3. mit Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für die Pflichtversicherung (Ausübung mehrerer geringfügiger Beschäftigungen) wegfallen.“

Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers