

1	Antrag auf Beitragsvorauszahlung
<i>Beitragskontonummer</i>	

*Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers*

Zutreffende Felder bitte ankreuzen

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤		Versicherungsnummer		
Familienname (auch alle früher geführten Namen)		Lfd.-Nr.	Geb.-Datum	
Vorname			Tag	Monat
E-Mail-Adresse		Telefonnummer		
Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.)				
Kassenvermerke				
Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:				
1.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung				
IBAN			BIC	
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers		Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers		
<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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		

2	Antrag auf Beitragsvorauszahlung
<i>Beitragskontonummer</i>	

*Eingangsstempel des
Krankenversicherungsträgers*

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☑

Versicherungsnummer bitte vollständig anführen! ➤		Versicherungsnummer		
Familiename (auch alle früher geführten Namen)		Lfd.-Nr.	Geb.-Datum	
			Tag	Monat
Vorname		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsangehörigkeit
		E-Mail-Adresse		
Anschrift (PLZ., Ort, Straße, Nr.)				
Kassenvermerke				
Zum Zeitpunkt der Antragstellung beschäftigt bei:				
1.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3.	Dienst- geber/in:	Name: Adresse: monatliches Entgelt:	Dienstleistungsscheck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung				
IBAN			BIC	
Name der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers		Unterschrift der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhabers		
<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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		