

**Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.404,30 € belastet werden!**

**Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2024 und in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit**

An das  
Versorgungswerk der  
Architektenkammer Baden-Württemberg  
Postfach 1273  
21504 Glinde



**Abfrage Jahresberufseinkommen ab \_\_\_\_\_**

Pflichtangabe:

- meine Jahreseinkünfte liegen über 90.600,00. Ich beantrage halbe Beitragszahlung (möglich in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit).
- meine Jahreseinkünfte liegen unter 90.600,00 €. Ich beantrage deshalb die Festsetzung eines ermäßigten Beitrags.

Mein geschätztes **Berufseinkommen** beträgt

\_\_ \_\_ \_\_. \_\_ \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ € / Jahr

- Ich beantrage halbe Beitragszahlung (möglich in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit).

Weitere bzw. zusätzliche Optionen:

- Ich möchte zusätzlich zum Pflichtbeitrag einen freiwilligen Beitrag in Höhe von \_\_. \_\_ \_\_ \_\_, \_\_ \_\_ € entrichten.
- Mein Jahresberufseinkommen liegt voraussichtlich unter 18.120,00 €. Ich beantrage die Beitrags-befreiung nach § 19 der Satzung.

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Versicherungsnummer: