

**Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.357,80 € belastet werden!**

**Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2023 und in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit**

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



**Antrag auf Festsetzung des ermäßigten Beitrags ab \_\_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

- meine Jahreseinkünfte liegen über 87.600,00 €, ich beantrage die halbe Beitragszahlung.

Mein Beitrag beträgt monatlich **678,90 €**

- meine Jahreseinkünfte liegen zwischen 43.800,00 € und 87.600,00 €. Ich beantrage die Festsetzung eines ermäßigten Beitrags und halbe Beitragszahlung (der Jahresbeitrag beträgt mindestens 9,3 % der Jahreseinkünfte).

Mein Beitrag beträgt monatlich \_\_\_\_\_ €

- meine Jahreseinkünfte liegen unter 43.800,00 €. Ich beantrage halbe Beitragszahlung und die Festsetzung des Mindestbeitrages.

Mein Beitrag beträgt monatlich **339,45 €**

(Bitte ankreuzen und ggf. Beitrag festsetzen)

Name, Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Versicherungsnummer:	

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum der Antragstellung, Ort, Unterschrift

Auf diesen Antrag erhalten Sie **keine** Bestätigung!