Bitte senden Sie diesen Antrag umgehend zurück, da Sie sonst automatisch mit monatlich 1.571,70 € belastet werden!

Dieses Formular gilt nur für das Beitragsjahr 2026 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 101.400,00. Ich beantrage halbe Beitragszahlung (möglich in den ersten fünf Jahren der selbständigen Tätigkeit).

☐ meine Jahreseinkünfte liegen unter 101.400,00 €. 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 20.280,00 €. Ich beantrage die Beitragsbefreiung nach § 19 der Satzung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

Datum der Antragstellung, Ort, Unterschrift