



SZAT	Versicherungsnummer	BKZ
7 0		

Eingangsstempel
7 0

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

**Wir bitten uns Änderungswünsche so
früh wie möglich mitzuteilen**

Änderung der bargeldlosen Beitragszahlung

1 Angaben zur Person	
Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Hat sich Ihre Anschrift seit dem letzten Schriftwechsel mit uns geändert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

2 Angaben zur Änderung	
Ich bitte folgende Änderung zu berücksichtigen	
<input type="checkbox"/> Aufgabe der versicherungspflichtigen selbständigen Tätigkeit	Datum der Aufgabe
	Nachweise über die Aufgabe beifügen (z. B. Gewerbeabmeldung)
<input type="checkbox"/> Arbeitseinkommen (nur bei Pflichtversicherung für selbständig Tätige)	Bitte Ziffer 3 ausfüllen
<input type="checkbox"/> Ende der Beitragszahlung für eine freiwillige Versicherung	letzter Beitragsmonat für freiwillige Versicherung
<input type="checkbox"/> Beitragshöhe (nur für freiwillige Versicherung)	Bitte Ziffer 4 ausfüllen
<input type="checkbox"/> Zahlungsweg	Bitte Ziffer 5 ausfüllen
<input type="checkbox"/> Zusendung von Überweisungsbelegen	Bitte Ziffer 6 ausfüllen
<input type="checkbox"/> Sonstige Änderungen (bitte erläutern)	Bitte Ziffer 7 ausfüllen

3 Änderung des Arbeitseinkommens
Pflichtversicherung für selbständig Tätige
Die Pflichtbeiträge sollen ab _____ in folgender Höhe gezahlt werden:
<input type="checkbox"/> nach einem Arbeitseinkommen in Höhe von 50 v. H. der Bezugsgröße (halber Regelbeitrag), bis zum Ablauf von drei Kalenderjahren nach dem Jahr der Aufnahme der selbständigen Tätigkeit
<input type="checkbox"/> nach einem Arbeitseinkommen in Höhe der Bezugsgröße (Regelbeitrag)
<input type="checkbox"/> einkommensgerecht nach einem Arbeitseinkommen von _____ EUR jährlich, jedoch höchstens bis zur monatlichen Beitragsbemessungsgrenze. (Bitte eine Bescheinigung des Steuerberaters oder eine eigene gewissenhafte Schätzung über die voraussichtliche Höhe des Arbeitseinkommens - bezogen auf das Kalenderjahr - beifügen. Sofern aus dieser Tätigkeit bereits ein Einkommensteuerbescheid vorliegt, bitte den letzten Bescheid* oder eine entsprechende Bescheinigung des Finanzamtes übersenden.)
*Hinweis: Sie können diejenigen Daten, die nicht Ihr Arbeitseinkommen betreffen, unkenntlich machen.

4 Änderung der Beitragshöhe

Die freiwilligen Beiträge sollen ab _____ monatlich in folgender Höhe gezahlt werden:

<input type="checkbox"/> stets Höchstbeitrag	<input type="checkbox"/> stets Regelbeitrag	
<input type="checkbox"/> stets Mindestbeitrag	<input type="checkbox"/> stets halber Regelbeitrag	<input type="checkbox"/> stets Beitrag von _____ EUR

5 Änderung des Zahlungsweges

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Umstellung meiner Beitragszahlung auf monatliche Abbuchung ab _____	Monat _____	Jahr _____
--	-------------	------------

Abbuchung vom Bankkonto

Hiermit wird der Rentenversicherungsträger widerruflich ermächtigt, die Beiträge zur Rentenversicherung zu Lasten des aufgeführten Kontos einzuziehen.

Unterschrift des Kontoinhabers

Bankleitzahl _____	Kontonummer _____	Name, Anschrift des Geldinstitutes _____
--------------------	-------------------	--

Das Konto wird geführt unter dem Namen des Versicherten des Bevollmächtigten einer sonstigen Person / Firma

Name, Anschrift des Kontoinhabers bei einer sonstigen Person / Firma _____

Für bisherige Überweiser

Meine Überweisungen (ggf. Dauerauftrag) werde ich mit der Beitragszahlung für den Monat _____ einstellen. Sofern infolge der Umstellung Beitragslücken entstehen sollten, bitte ich, die fehlenden Beiträge in der beantragten Höhe zusammen mit der ersten monatlichen Abbuchung einzuziehen.

Monat _____	Jahr _____
-------------	------------

6 Zusendung von Überweisungsbelegen

Ich beantrage die regelmäßige Zusendung von Überweisungsbelegen

7 Sonstige Änderungen (bitte angeben)

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit Ihr Änderungsantrag zur bargeldlosen Beitragszahlung bearbeitet werden kann. Sie sind verpflichtet, alle für den Änderungsantrag erheblichen Tatsachen anzugeben (§ 196 Abs. 1 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches).

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers