

PNr:
------

**STAMMBLATT**  
**- bei allen neuen Anliegen und bei Überprüfungen erforderlich -**

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Geburtsort** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl/Wohnort** \_\_\_\_\_

**Zusatz** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**Mobiltelefon** \_\_\_\_\_

**Fax** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Familienstand**

led.	verh.	verw.	gesch.	getr. leb.	getr. wohnend

**(Bitte Zutreffendes ankreuzen)**

**Anzahl der**

<b>Kinder</b>

**(Bitte Geb.-Urkunde eines Kindes beifügen)**

**Krankenkasse mit Ortsangabe** \_\_\_\_\_

**Mitgliedsnummer der Krankenkasse** \_\_\_\_\_

selbst versichert	familien- versichert	freiw. vers.	privat versichert	nicht versichert

**(Bitte Zutreffendes ankreuzen)**

**Sozialversicherungs-Nr.** \_\_\_\_\_

**Rentenversicherungs-Nr.** \_\_\_\_\_

Steuer-Identifikationsnummer

---

Steuerklasse

---

Kirchensteuermerkmal

---

Zahl der Kinderfreibeträge

---

Pauschbetrag für behinderte  
Menschen/ Hinterbliebene

---

Allg. Gemeindeschlüssel

---

Nummer des Finanzamtes

---

**Mehrfachbezug bei Rentnern**

Beziehen Sie neben der Rente noch  
weitere Versorgungsbezüge?

Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Kontoinhaber

---

Kontonummer

---

Bankleitzahl

---

Bankinstitut

---

Berufsausbildung/Studium

---

---

---

---

---

Beruf/e

---

---

---

---

---

**Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in anthroposophischen Einrichtungen**

Name der Einrichtung	von	bis	als

Falls der Platz nicht ausreicht, bitte die Rückseite benutzen!