

Antrag auf Stundung der Sozialversicherungsbeiträge

Angaben zum Mitglied

Nachname, Vorname

Versichertennummer

Vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie-Situation in Deutschland ist mein Unternehmen angesichts erheblicher Umsatz- und Gewinneinbrüche in erhebliche Liquiditätsschwierigkeiten geraten. In der Folge bin ich aktuell nicht in der Lage, den Beitragszahlungsverpflichtungen nachzukommen. Insofern stellt die Beitragszahlung gegenwärtig eine erhebliche Härte für mein Unternehmen dar.

- Ich beantrage daher, die Sozialversicherungsbeiträge für den Beitragsmonat / die Beitragsmonate
- Februar 2022
 - März 2022
 - April 2022

zu stunden. (**Zutreffende Monate bitte ankreuzen**)

- Soweit aufgrund von bereits in der Vergangenheit eingeräumten Beitragsstundungen gestundete Beiträge ratierlich zurückzuzahlen sind, bitte ich, die Raten- und Tilgungsvereinbarung anzupassen und für diesen Monat die Rate(n) auszusetzen oder zumindest zu ermäßigen.

Die gestundeten Beiträge werde ich spätestens zusammen mit den Beiträgen für den Mai 2022 nachentrichten, die am 15.06.2022 fällig werden.

Die seitens des Bundes und der einzelnen Länder zur Verfügung gestellten Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen in Form der vereinbarten Wirtschaftshilfen für die von der Pandemie betroffenen Betriebe, Unternehmen und Einrichtungen habe ich bereits beantragt bzw. werde ich zeitnah beantragen; dies betrifft insbesondere die Überbrückungshilfe III Plus und IV. Mir ist bewusst, dass ich diese zur Erfüllung meiner Beitragszahlungsverpflichtungen zu verwenden habe.

Die Mobil Krankenkasse (Kassensitz: Friedenheimer Brücke 29 in 80639 München, Telefon: 0800 255 0800, E-Mail: info@service.mobil-krankenkasse.de) als Datenverarbeiter benötigt die geforderten Angaben für die Erhebung von Einnahmen im Rahmen von § 76 SGB IV i.V.m. § 98 SGB X. Ihre Angaben werden gemäß § 80 SGB X an unseren Auftragsverarbeiter, die ARGE GSV PLUS GmbH, weitergeleitet. Weitere Informationen erhalten Sie unter mobil-krankenkasse.de/datenschutz

Telefon

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

Senden Sie bitte diese Seite ausgefüllt zurück



Per Post:
Mobil Krankenkasse
20091 Hamburg

Per E-Mail:
info@service.mobil-krankenkasse.de

Per Fax
0800 255 3002-888