

Name und Anschrift der Krankenkasse

Dieser Antrag ist bei der zuständigen Krankenkasse (als Einzugsstelle) einzureichen!

Betriebs-/Beitrags-Konto-Nr.

Antrag auf Erstattung von Beiträgen zur Rentenversicherung

Für den Arbeitnehmer						
Name, Vorname			Versicherungs-Nr.		Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr., Wohnort				Beschäftigt vom	bis	
sind an Beiträgen zu erstatten:						
Zeitraum (frühestens ab Befreiungszeitpunkt) von bis		Entgelt EURO	Beitragsgruppe	Arbeitnehmer-/ EURO	Arb.geberanteile EURO	Insgesamt EURO
Summe:						
Erstattungsbeträge						
Grund der Überzahlung (z. B. Nichtbeachtung der Beitragsbemessungsgrenze, rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht) Rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI						
Wir bitten, die überzahlten Rentenversicherungsbeiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) auf das Konto der Bayerischen Rechtsanwalts- und Steuerberaterversorgung zu überweisen.						
<u>Bei Überweisung unbedingt angeben:</u>			Bayerische Landesbank			
MITGLIEDS-NR.: W /			IBAN:		BIC:	
			DE38 7005 0000 0000 0202 88		BYLADEMMXXX	
Ich versichere, dass die zu Unrecht entrichteten Beiträge nicht von einem Dritten ersetzt worden sind.						
Ort, Datum			Ort, Datum			
Unterschrift des Arbeitnehmers			Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers			

Bitte senden Sie eine Kopie an das Versorgungswerk.

KOPIE

Bayerische Versorgungskammer
Bayerische Rechtsanwalts- und
Steuerberaterversorgung
Postfach 81 01 23

81901 München

Dieser Antrag ist bei der zuständigen
Krankenkasse (als Einzugsstelle) einzureichen!

Betriebs-/Beitrags-Konto-Nr.

**Antrag auf Erstattung von Beiträgen zur
R e n t e n v e r s i c h e r u n g**

Für den Arbeitnehmer

Name, Vorname	Versicherungs-Nr.	Geburtsdatum
Straße, Haus-Nr., Wohnort		Beschäftigt vom bis

sind an Beiträgen zu erstaten:

Zeitraum (frühestens ab Befreiungszeitpunkt) von bis	Entgelt EURO	Beitragsgruppe	Arbeitnehmer-/ EURO	Arb.geberanteile EURO	Insgesamt EURO
Summe:					

Erstattungsbeträge

Grund der Überzahlung (z. B. Nichtbeachtung der Beitragsbemessungsgrenze, rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht)

Rückwirkende Befreiung von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI

Wir bitten, die überzahlten Rentenversicherungsbeiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) auf das Konto der Bayerischen Rechtsanwalts- und Steuerberaterversorgung zu überweisen.

Bei Überweisung unbedingt angeben:

MITGLIEDS-NR.: W /

Bayerische Landesbank	
IBAN:	BIC:
DE38 7005 0000 0000 0202 88	BYLADEMMXXX

Ich versichere, dass die zu Unrecht entrichteten Beiträge nicht von einem Dritten ersetzt worden sind.

Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift des Arbeitnehmers	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers