

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
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 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.

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

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
Rentenversicherung**

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