

Bitte zurück an:

BKK Faber-Castell & Partner
Formularservice
Bahnhofstraße 45
94209 Regen

Telefon
09921 9602-0
Telefax
09921 9602-19
E-Mail
regen@bkk-faber-castell.de

Den **Antrag auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge**
finden Nutzer unseres Download-Centers auf den Folgeseiten.

Bitte gehen Sie wie folgt vor:

1. Füllen Sie den Antrag an Ihrem PC aus.
2. Drucken Sie das Formular.
3. Unterschreiben Sie den gewünschten Antrag.
4. Senden Sie den Antrag an die oben angegebene Adresse.

Ihre BKK Faber-Castell & Partner

Betriebs- / Beitrags-Konto-Nr, Name, Ort

| |
|--|
| |
| |

Hinweis:
Die Beantwortung der Fragen ist zur Prüfung des Erstattungsanspruchs erforderlich (Art. 5, 6 DSGVO, § 28o SGB IV, § 98 SGB X); der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber können getrennt Erstattungsanträge einreichen.

(Name / Firma)

Name und Anschrift der Einzugsstelle

BKK Faber-Castell & Partner
Zur Centralwerkstätte 18
92637 Weiden

Eingangstempel der Einzugsstelle

Zutreffendes bitte ankreuzen
Antrag auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung aus einer Beschäftigung

Für den Arbeitnehmer

| | | | | |
|-------------------|---------|--------------|--------------|-------------------------|
| Name | Vorname | Geburtsname | Geburtsdatum | RV-Vers.Nummer |
| | | | | |
| Straße/Hausnummer | | Postleitzahl | Wohnort | Beschäftigung vom – bis |
| | | | | |

wurden an Beiträgen tatsächlich gezahlt (nach Kalenderjahren getrennt)*

| Zeitraum | | Arbeitsentgelt** EUR | Beitrags- gruppe | Arbeitnehmeranteil EUR | Arbeitgeberanteil EUR | insgesamt EUR |
|----------|-----|-------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|
| vom | bis | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summe A | | | | | | |

waren an Beiträgen zu zahlen (nach Kalenderjahren getrennt)*

| Zeitraum | | Arbeitsentgelt** EUR | Beitrags- gruppe | Arbeitnehmeranteil EUR | Arbeitgeberanteil EUR | insgesamt EUR |
|----------|-----|-------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|
| vom | bis | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Summe B | | | | | | |

Erstattungsbeträge: Summe A . /. Summe B =

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

* Bei Änderung des Beitragssatzes innerhalb eines Kalenderjahres sind die Arbeitsentgelte stets aufzuteilen
** Sofern im Erstattungszeitraum Beiträge sowohl in DM als auch in EUR gezahlt worden sind, sind zwei Anträge auszufüllen.

Grund für die Überzahlung (z. B. Nichtbestehen von Versicherungspflicht, Zugrundelegung eines zu hohen Arbeitsentgelts)

Die Arbeitnehmeranteile Die Arbeitgeberanteile Die Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteile

sollen dem Arbeitnehmer überwiesen werden sollen überwiesen werden Soll dem Beitragskonto gutgeschrieben werden

werden vom Arbeitgeber ausgezahlt

Geldinstitut (Arbeitnehmer)

Kontonummer Bankleitzahl

oder BIC (Bank Identifier Code)

IBAN (Internationaler Bank Account Number)

Geldinstitut (Arbeitgeber)

Kontonummer Bankleitzahl

oder BIC (Bank Identifier Code)

IBAN (Internationaler Bank Account Number)

Vom **Arbeitgeber** auszufüllen

1. Wurde vom / von Sozialversicherungsträger(n) eine Betriebsprüfung durchgeführt?

nein ja Angabe der letzten zwei Prüfungen

Datum der Prüfung Sozialversicherungsträger Prüfzeitraum

Bei Erstattung von Beiträgen in **voller** Höhe bitte die Ziffern 2.1 bis 2.4 und 4 bis 6 ausfüllen.
 Bei Erstattung von Beiträgen in **nicht voller** Höhe bitte die Ziffern 3 bis 6 ausfüllen

2. Erstattung von Beiträgen in **voller** Höhe (z. B. Nichtbestehen von Versicherungspflicht)

2.1 Seit Beginn des Erstattungszeitraums sind Leistungen beantragt, bewilligt oder gewährt worden von

a) der Krankenversicherung für den Arbeitnehmer und / oder seine Familienangehörigen

nein ja beantragt am Art der Leistung

bewilligt am

gewährt vom - bis

b) der Pflegeversicherung (z. B. Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege, Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen)

nein ja beantragt am Art der Leistung

bewilligt am

gewährt vom - bis

c) der Rentenversicherung für den Arbeitnehmer und / oder seine Familienangehörigen (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Rente)

nein ja beantragt am Art der Leistung

bewilligt am

gewährt vom - bis

d) der Bundesagentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosen-, Kurzarbeiter-, Winterausfallgeld)

nein ja beantragt am Art der Leistung Agentur für Arbeit / Kundennummer

bewilligt am

gewährt vom - bis

2.2 Die zur Rentenversicherung zu Unrecht gezahlten Beiträge sollen dem Rentenversicherungsträger als Beiträge zur freiwilligen Versicherung verbleiben (§ 202 Satz 1 SGB VI)

vom-bis

vom-bis

nein ja

2.3 Für den Erstattungszeitraum sollen zur Rentenversicherung freiwillige Beiträge nachgezahlt werden (§ 202 Satz 2 SGB VI)

vom-bis

vom-bis

nein ja

2.4 Der vom Arbeitgeber zurückgeforderte Beitragsanteil zur Rentenversicherung soll vom Versicherten an die Rentenversicherung wieder eingezahlt werden (§ 202 Satz 4 SGB VI)

nein ja

3. In voller Höhe zu Unrecht gezahlte Beiträge zur Rentenversicherung gelten nach vier Kalenderjahren als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge (§ 26 Abs. 1 Satz 3 SGB IV). Sofern aufgrund der Arbeitsprüfung für die übrigen Beiträge ein Beanstandungsschutz entstanden ist (§ 26 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB IV): Sollen die betroffenen Pflichtbeiträge als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge bestehen bleiben?

bei Verzicht für Teilzeiträume: von - bis

nein, bei Verzicht auf Beanstandungsschutz

ja, Vertrauensschutz

4. Erstattung von Beiträgen in nicht voller Höhe (z. B. Zugrundelegung eines hohen Arbeitsentgelts)

Der Arbeitgeber hat Geldleistungen der Kranken – oder Rentenversicherung erhalten, für deren Bemessung ein zu hohes Arbeitsentgelt zugrunde gelegt wurde

Zeitraum der Bescheinigung des Arbeitgebers zur Berechtigung des Kranken-, Übergangs- oder Mutterschaftsgeldes sowie einer Rente vom-bis

nein ja

5. Es liegt ein Bescheid über eine Forderung eines Leistungsträgers (Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit) vor:

vom-bis

Art der Förderung

Leistungsträger

nein ja

6. Die zu Unrecht gezahlten Beiträge sind von einem Dritten ersetzt worden

nein ja

Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Stellungnahme der Einzugsstelle zum Abgabegrund:

Entscheidung über das Nichtvorliegen der Versicherungs- bzw. Beitragspflicht liegt bei

Auswirkungen auf die gesetzliche Rentenversicherung

Die Erstattung zu Unrecht gezahlter Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung kann sich für den Versicherten insbesondere nachteilig auf

- Die Erfüllung der Wartezeiten (für Renten, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben),
- Die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (ausreichende Belegungsdichte) sowie
- Die Bewerbung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten

auswirken.

Diese nachteiligen Auswirkungen können zum Teil durch die Umwandlung der in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichteten Beiträge in freiwillige Rentenversicherungsbeiträge oder Nachzahlung von freiwilligen Rentenversicherungsbeiträgen vermieden werden. Hierfür sieht das Gesetz folgende Möglichkeiten vor

1. Die zu Unrecht gezahlten Pflichtbeiträge werden weder vom Arbeitnehmer noch vom Arbeitgeber zurückgefordert (Ziffer 2.2 des Antrags)

Sie gelten dann bei Vorliegen der Berechtigung zur Zahlung freiwilliger Beiträge als rechtzeitig gezahlte freiwillige Rentenversicherungsbeiträge.

2. Die zu Unrecht gezahlten Pflichtbeiträge werden vom Arbeitnehmer und vom Arbeitgeber zurückgefordert (Ziffer 2.3 des Antrags)

Der Erstattungsanspruch steht dem zu, der die Rentenversicherungsbeiträge getragen hat. Neben dem Arbeitnehmer hat somit auch der Arbeitgeber einen Erstattungsanspruch. Machen sowohl Arbeitnehmer als auch Arbeitgeber von ihrem Erstattungsrecht Gebrauch, so besteht für den Versicherten über den Rahmen der für freiwillige Rentenversicherungsbeiträge grundsätzlich geltenden Frist (bis zum 31. März des Folgejahres) hinaus eine besondere Berechtigung zur Zahlung freiwilliger Rentenversicherungsbeiträge.

Bei Vorliegen der Versicherungsberechtigung darf der Versicherte für den Erstattungszeitraum innerhalb von drei Monaten, nachdem die Beanstandung der zu Unrecht gezahlten Beiträge unanfechtbar geworden ist, freiwillige Rentenversicherungsbeiträge nachzahlen. Hierbei kann der Versicherte sowohl die Anzahl als auch die Höhe der freiwilligen Beiträge im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten selbst bestimmen.

3. Die zu Unrecht gezahlten Pflichtbeiträge werden nur vom Arbeitgeber zurückgefordert (Ziffer 2.4 des Antrags)

Verzichtet der Arbeitgeber nicht auf seinen Erstattungsanspruch, so hat der Versicherte die Möglichkeit, den dem Arbeitgeber erstatteten Beitragsanteil zur Rentenversicherung wieder (in voller Höhe) einzuzahlen.

Die zu Unrecht gezahlten Pflichtbeiträge gelten dann bei Vorliegen der Berechtigung zur Zahlung freiwilliger Beiträge als rechtzeitig gezahlte freiwillige Rentenversicherungsbeiträge.

Hinweis zur Durchführung von Arbeitgeberprüfungen (Ziffer 3 des Antrags)

Sind Pflichtbeiträge in der Rentenversicherung für Zeiten nach dem 31. Dezember 1972 trotz Fehlens der Versicherungspflicht nicht spätestens bei der nächsten Prüfung beim Arbeitgeber beanstandet worden, ist vom Rentenversicherungsträger eine Vertrauensschutzprüfung durchzuführen. Beiträge, die aufgrund des Vertrauensschutzes nicht mehr beanstandet werden dürfen, gelten als zu Recht gezahlte Pflichtbeiträge. Auf den Beanstandungsschutz kann der Arbeitnehmer – auch für Teilzeiträume, dann jedoch nur für volle Kalendermonate – verzichten. Unabhängig von einer Arbeitgeberprüfung gelten Beiträge, die wegen Fehlens der Versicherungspflicht zu Unrecht gezahlt wurden, nach Ablauf von vier Jahren nach dem Kalenderjahr, in dem die Beiträge gezahlt wurden, als zu Recht entrichtete Pflichtbeiträge. Auf diese Fiktion kann nicht verzichtet werden.

Weitere kostenlose Informationen sind beim zuständigen Rentenversicherungsträger, seinen Auskunfts- und Beratungsstellen und Versichertenberater/-innen sowie den örtlichen Versicherungsämtern und den Stadt- und Gemeindeverwaltungen erhältlich.

Ergänzender Vordruck zum Antrag auf Erstattung zu Unrecht gezahlter Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung aus einer Beschäftigung; Übermittlung der Erstattungsbeträge an die Steuerverwaltung ab dem 1. Januar 2010

Seit dem 1. Januar 2010 sind alle vom Arbeitnehmer selbst getragenen Aufwendungen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich steuerlich abzugsfähig. Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, die dem Arbeitnehmer erstattet werden, können die steuerlich abzugsfähigen Aufwendungen mindern. Die Krankenkassen sind deshalb verpflichtet, die Höhe der dem Arbeitnehmer erstatteten Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Finanzverwaltung zu übermitteln (§ 10 Abs. 2a Satz 4 Einkommensteuergesetz -EStG).

Für die Übermittlung der erstatteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge wird die Steuer-Identifikationsnummer benötigt. Sie finden die Steuer-Identifikationsnummer auf Ihrem letzten Einkommensteuerbescheid oder auf Ihrer Lohnsteuerbescheinigung, die Sie vom Arbeitgeber erhalten haben.

Angabe der Steuer-Identifikationsnummer* (Steuer-ID) gemäß § 139b der Abgabenordnung (AO):

Sollte Ihnen die Steuer-Identifikationsnummer nicht bekannt sein, kann die Krankenkasse die Steuer-Identifikationsnummer bei der Finanzverwaltung maschinell abfragen.

Eine Übermittlung der erstatteten Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge durch die Krankenkasse erfolgt nicht, sofern Sie der Übermittlung widersprechen bzw. nicht zustimmen (§§ 10 Abs. 2a Satz 1, 52 Abs. 24 Satz 2 EStG).

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Versicherungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse vor dem 1. Januar 2010

- Ich widerspreche nicht der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch meine Krankenkasse.
- Ich widerspreche der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch meine Krankenkasse.

Versicherungsbeginn bei Ihrer Krankenkasse nach dem 1. Januar 2010

- Ich stimme der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch meine Krankenkasse zu.
- Ich stimme der Datenübertragung nach § 10 Abs. 2a Satz 4 EStG durch meine Krankenkasse nicht zu.

Bei Fragen zur Datenübermittlung und zur Einwilligung wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse.

Datum, Unterschrift

* Die Steuer-ID besteht aus 11 Ziffern