

Betriebs-Konto-Nummer / Beitrags-Konto-Nummer

Name und Anschrift der Einzugsstelle

Eingangsstempel der Einzugsstelle



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |

Für den Arbeitnehmer wurden an Beiträgen tatsächlich gezahlt (nach Kalenderjahren und Beitragsgruppen getrennt; bei Änderung des Beitragssatzes innerhalb eines Kalenderjahres sind die Arbeitsentgelte stets aufzuteilen):

| Zeitraum |     | Arbeitsentgelt | Beitragsgruppe | Arbeitnehmeranteil | Arbeitgeberanteil | insgesamt |
|----------|-----|----------------|----------------|--------------------|-------------------|-----------|
| vom      | bis | EUR            |                | EUR                | EUR               | EUR       |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
| Summe A  |     |                |                |                    |                   |           |

Für den Arbeitnehmer waren an Beiträgen zu zahlen (nach Kalenderjahren und Beitragsgruppen getrennt; bei Änderung des Beitragssatzes innerhalb eines Kalenderjahres sind die Arbeitsentgelte stets aufzuteilen):

| Zeitraum |     | Arbeitsentgelt | Beitragsgruppe | Arbeitnehmeranteil | Arbeitgeberanteil | insgesamt |
|----------|-----|----------------|----------------|--------------------|-------------------|-----------|
| vom      | bis | EUR            |                | EUR                | EUR               | EUR       |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
|          |     |                |                |                    |                   |           |
| Summe B  |     |                |                |                    |                   |           |

Erstattungsbeträge (Summe A ./ Summe B)

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



|                                                                                 |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                             | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                 |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> |

Grund für die Überzahlung (zum Beispiel Nichtbestehen von Versicherungspflicht, Zugrundelegung eines zu hohen Arbeitsentgelts)

☐ Die Arbeitnehmeranteile  
☐ werden vom Arbeitgeber ausbezahlt. ☐ sollen dem Arbeitnehmer überwiesen werden.

☐ Die Arbeitgeberanteile  
☐ sollen dem Arbeitgeber überwiesen werden. ☐ sollen dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

☐ Die Arbeitnehmeranteile und Arbeitgeberanteile  
☐ sollen überwiesen werden. ☐ sollen dem Beitragskonto gutgeschrieben werden.

Geldinstitut (Arbeitnehmer)

IBAN (International Bank Account Number)

**D E**

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut (Arbeitgeber)

IBAN (International Bank Account Number)

**D E**

BIC (Bank Identifier Code)

# **1 Vom Arbeitgeber auszufüllen**

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

☐ nein ☐ ja, Angabe der letzten 2 Prüfungen

Datum der Prüfung

Sozialversicherungsträger

Prüfzeitraum

Datum der Prüfung

Sozialversicherungsträger

Prüfzeitraum



|                                                                                |                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Versicherungsnummer                                                            | Kennzeichen<br>(soweit bekannt)                                                |
| <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> |

Bei Erstattung von Beiträgen in **voller** Höhe bitte die Ziffern 2.1 bis 3 und 5 bis 6 ausfüllen.  
 Bei Erstattung von Beiträgen in **nicht voller** Höhe bitte die Ziffern 4 bis 6 ausfüllen.

|                                                                                                                                                                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>2 Erstattung von Beiträgen in voller Höhe (zum Beispiel Nichtbestehen von Versicherungspflicht)</b>                                                                                                                 |              |
| <b>2.1</b> Seit Beginn des Erstattungszeitraums sind Leistungen beantragt, bewilligt oder gewährt worden von                                                                                                           |              |
| a) der Krankenversicherung für den Arbeitnehmer und / oder seine Familienangehörigen (zum Beispiel ärztliche / zahnärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung, Krankengeld).                                          |              |
|                                                                                                                                                                                                                        | beantragt am |
|                                                                                                                                                                                                                        | bewilligt am |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                              |              |
| Art der Leistung                                                                                                                                                                                                       |              |
| gewährt vom - bis                                                                                                                                                                                                      |              |
| b) der Pflegeversicherung (zum Beispiel Pflegegeld, Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege).                                                                                                                             |              |
|                                                                                                                                                                                                                        | beantragt am |
|                                                                                                                                                                                                                        | bewilligt am |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                              |              |
| Art der Leistung                                                                                                                                                                                                       |              |
| gewährt vom - bis                                                                                                                                                                                                      |              |
| c) der Rentenversicherung für den Arbeitnehmer und / oder seine Familienangehörigen (zum Beispiel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Rente).                    |              |
|                                                                                                                                                                                                                        | beantragt am |
|                                                                                                                                                                                                                        | bewilligt am |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                              |              |
| Art der Leistung                                                                                                                                                                                                       |              |
| gewährt vom - bis                                                                                                                                                                                                      |              |
| d) der Bundesagentur für Arbeit (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Übergangsgeld).                                                                                                                      |              |
|                                                                                                                                                                                                                        | beantragt am |
|                                                                                                                                                                                                                        | bewilligt am |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                              |              |
| Art der Leistung                                                                                                                                                                                                       |              |
| Agentur für Arbeit / Kundennummer                                                                                                                                                                                      |              |
| gewährt vom - bis                                                                                                                                                                                                      |              |
| <b>2.2</b> Die zur Rentenversicherung zu Unrecht gezahlten Beiträge sollen dem Rentenversicherungsträger als Beiträge zur freiwilligen Versicherung verbleiben (§ 202 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB VI). |              |
|                                                                                                                                                                                                                        | vom - bis    |
|                                                                                                                                                                                                                        | vom - bis    |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                                              |              |





| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|
|                     |                                 |

Stellungnahme der Einzugsstelle zum Abgabegrund:

☐ Die Entscheidung über das Nichtvorliegen der Versicherungspflicht beziehungsweise Beitragspflicht liegt bei.

☐ \_\_\_\_\_

---

☐ Die Entscheidung über das Nichtvorliegen der Versicherungspflicht wurde mit folgenden Einzugsstellen abgestimmt:

## Übermittlung der Erstattungsbeträge an die Finanzverwaltung

Die Erstattungsbeträge werden der Finanzverwaltung gemeldet. Für die Übermittlung der Erstattungsbeträge wird die Steuer-Identifikationsnummer benötigt.

### Angaben zur Beitragsgruppe

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krankenversicherung:      | 1000 (allgemeiner Beitrag), 3000 (ermäßigter Beitrag), 4000 (Beitrag zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung), 5000 (Arbeitgeberbeitrag zur landwirtschaftlichen Krankenversicherung), 6000 (Pauschalbeitrag für geringfügig Beschäftigte), ZBP (Zusatzbeitrag für versicherungspflichtige Arbeitnehmer)<br>ZBF (Zusatzbeitrag für freiwillig versicherte Arbeitnehmer) |
| Rentenversicherung:       | 0100 (voller Beitrag), 0300 (halber Beitrag), 0500 (Pauschalbeitrag für geringfügig Beschäftigte)                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Arbeitslosenversicherung: | 0010 (voller Beitrag), 0020 (halber Beitrag)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Pflegeversicherung:       | 0001 (voller Beitrag), 0002 (halber Beitrag)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Umlagen:                  | 0050 (Insolvenzgeldumlage), U1 (Umlage Krankheitsaufwendungen),<br>U2 (Umlage Mutterschaftsaufwendungen)                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## Erläuterungen zu den 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 Bewertung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten

auswirken.



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

- 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.

- 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 31.3. des Folgejahres) hinaus eine besondere Berechtigung zur Zahlung freiwilliger Rentenversicherungsbeiträge.

Bei Vorliegen der Versicherungsberechtigung darf der Versicherte für den Erstattungszeitraum innerhalb von 3 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.

- 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 31.12.1972 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 4 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, den Versichertenberaterinnen und Versichertenberatern beziehungsweise Versichertenältesten sowie den örtlichen Versicherungsämtern und den Stadtverwaltungen und Gemeindeverwaltungen erhältlich.

