

Name und Anschrift der Krankenkasse

**Dieser Antrag ist vom Arbeitgeber bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen !
(Bitte Kopie an das Versorgungswerk)**

Betriebs-/Beitragskontonummer

Antrag auf Erstattung von Beiträgen zur Rentenversicherung durch rückwirkende Befreiung gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB VI

Arbeitnehmer (Nachname, Vorname):				Geburtsdatum		
Wohnort (Straße, PLZ, Ort):						
Beschäftigt von:		Beschäftigt bis:		Befreiung von der gesetzlichen RV ab:		
Versicherungsnummer in der gesetzlichen RV:				Versicherungsnummer beim Versorgungswerk: - Bei Zahlung unbedingt angeben! -		
Folgende Beiträge sind entrichtet worden:				alle Beträge bitte in Euro		
Zeitraum von	bis	Entgelt	Beitragsgruppe	Arbeitnehmeranteil	Arbeitgeberanteil	Gesamt
Gesamtsumme:						
Folgende Beiträge wären zu entrichten gewesen:				alle Beträge bitte in Euro		
Zeitraum von	bis	Entgelt	Beitragsgruppe	Arbeitnehmeranteil	Arbeitgeberanteil	Gesamt
Erstattungsbeiträge:						
Der Arbeitnehmer hat für sich oder für seine Familienangehörigen Leistungen erhalten (z. B. Gesundheitsmaßnahmen oder Rente): <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (falls ja, von – bis und Art der Leistung):						
Ist für den Erstattungszeitraum bereits eine Meldung DEVO/DÜVO abgegeben worden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (falls ja, Berichtigungsmeldung / Änderung als Anlage beifügen!)						
Ich versichere, dass die zu Unrecht entrichteten Beiträge nicht von einem Dritten ersetzt worden sind:						
<u>Arbeitnehmer</u>				<u>Arbeitgeber</u>		
Ort, Datum, Unterschrift				Ort, Datum, Stempel, Unterschrift		

Wir bitten, die Überzahlung der Beiträge aus der Rentenversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) auf das Konto des Versorgungswerks der Architektenkammer Baden-Württemberg, Südwestbank Stuttgart, IBAN: DE63600907000602603005, BIC: SWBSESS, zu überweisen. **Bitte geben Sie die Versicherungsnummer des Versorgungswerks bei der Überweisung unbedingt mit an!**