VBL. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
Hans-Thoma-Straße 19, 76133 Karlsruhe
Telefon 0721 155-1572, Telefax 0721 155-1355
zahlungsverkehr@vbl.de, www.vbl.de

Formular speichern
Formular drucken
Formular zurücksetzen

Rückforderung von Beiträgen zur freiwilligen Versicherung.

Angaben zum beteiligten Arbeitgeber. (Versicherungsnehmer) Bitte deutlich in Großbuchstaben ausfüllen.

Bezeichnung der zuständigen Dienststelle

Straße | Hausnummer

Postleitzahl | Ort

Kontonummer des Arbeitgebers | Verteilerschlüssel des Arbeitgebers (falls vorhanden)

Name der zuständigen Sachbearbeitung für Rückfragen

Telefon der zuständigen Sachbearbeitung

E-Mail

Angaben zur beschäftigten Person. Bitte deutlich in Großbuchstaben ausfüllen.

Titel | Nachname

Vorname | Geburtsdatum (Tag | Monat | Jahr)

VBL-Versicherungsnummer

Angaben zur Rückzahlung. Bitte deutlich in Großbuchstaben ausfüllen.

Es ist ein Beitrag in Höhe von ____ , ____

auf unser Konto D E ____ (IBAN)

unter Angabe des Kassenzeichens ____ zu erstatten.

Die Rückzahlung ist in der beigefügten „**Anlage zur Rückforderung**“ aufgeschlüsselt.

Rückzahlungsgrund.

- ☐ Korrektur des Entgelts
- ☐ Doppelzahlung
- ☐ Steuerliche Korrektur
- ☐ Falsche Eingabe
- ☐ Elternzeit von ____ bis ____
- ☐ Krankheit von ____ bis ____
- ☐ wissenschaftliche Beschäftigung: Verlängerung 3 bzw. 5 Jahre ab ____
- ☐ Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses am ____
- ☐ Rentenbeginn am ____
- ☐ Sonstige Gründe

Ort | Datum | Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

VBL. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder
Hans-Thoma-Straße 19, 76133 Karlsruhe
Telefon 0721 155-1572, Telefax 0721 155-1355
zahlungsverkehr@vbl.de, www.vbl.de

Anlage zur Rückforderung von Beiträgen zur freiwilligen Versicherung.

VBL-Versicherungsnummer

Kontonummer des Arbeitgebers

Datum der Einzahlung	Beitrag in Euro	Buchungsschlüssel	Rückzahlungsbetrag