



Antrag auf Rückerstattung von zu viel bezahlten AHV/IV/EO/ALV/FAK-Beiträgen

Hinweis: Anträge sind pro Person und je Jahr einzureichen

1. Arbeitgeber/in

Abrechnungsnummer	UID-Nr.
Name	
Adresse	PLZ / Ort

2. Arbeitnehmer/in

Versichertennummer 7 5 6	Arbeitskanton
Name, Vorname	
Vom	bis (bitte zutreffendes ankreuzen)
<input type="checkbox"/> wurden für den/die Arbeitnehmer/in Beiträge auf folgenden nicht beitragspflichtigen Leistungen / Lohnbestandteilen abgerechnet:	
<input type="checkbox"/> MV-Renten <input type="checkbox"/> IV-Renten <input type="checkbox"/> Krankentaggelder	Lohnsumme: CHF
<input type="checkbox"/> Unfalltaggelder (z.B. SUVA) <input type="checkbox"/> Unfallrenten (z.B. SUVA)	Lohnsumme: CHF
<input type="checkbox"/> Andere (nähere Bezeichnung der Leistungen)	Lohnsumme: CHF
<input type="checkbox"/> war der/die Arbeitnehmer/in nicht in der AHV/IV/EO/ALV/FAK versichert.	

Da wir die AHV/IV/EO/ALV/FAK-Beiträge auf den vollen Lohnbezügen bereits mit Ihrer Kasse abgerechnet haben, ersuchen wir um entsprechende Gutschrift.

3. Bestätigung

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt:

Kontaktperson	Arbeitgeber/in: Stempel und Unterschrift
Telefon	
Ort, Datum	
Bemerkungen	

Eidgenössische Ausgleichskasse
Beiträge
Schwarztorstrasse 59
3003 Bern

Eidgenössische Ausgleichskasse
Beiträge
Schwarztorstrasse 59
3003 Bern