

Sozialversicherung,
Zweigniederlassung

Datum

Arbeitgeber

(Name und Standort des Arbeitgebers im Falle der juristischen Person / Titel, Name und Familienname, ständiger Wohnsitz im Falle der natürlichen Person)

Variables Symbol:

(Arbeitgeber Nr., zugeteilt von der Sozialversicherung)

Betreff

Antrag auf Rückerstattung der Versicherungsprämie auf Sozialversicherung, **aufgewiesen auf dem Formblatt Monatlicher Bericht der Versicherungsprämie und Beiträge/Bericht der Versicherungsprämie und Beiträge**, die ohne Rechtsgrund beglichen wurde

Anhand § 145 Abs. 1 Buchs. b) Gesetz Nr. 461/2003 der Gesetzsammlung über die Sozialversicherung ersuchen wir die Sozialversicherung, Zweigniederlassung , die Versicherungsprämie auf die Sozialversicherung rückerstatten, die ohne Rechtsgrund beglichen wurde.

Die Versicherungsprämie auf Sozialversicherung ersuchen wir für den Mitarbeiter zu rückerstatten

Titel, Name und Familienname:

Geburtsnummer:

Begründung:

Die Versicherungsprämie ohne Rechtsgrund für den Zeitraum bezahlt:

Der Betrag der Versicherungsprämie, ohne Rechtsgrund bezahlt: EUR

Siegelabdruck und Unterschrift
des Arbeitgebers