

Infoblatt: 150

Beitragserstattung für Rentner (§ 231 SGB V)

Der Erstattungsantrag richtet sich an Arbeitnehmer oder Arbeitslosengeldbezieher, die zusätzlich folgende Einkünfte beziehen:

- aus einer gesetzlichen Rente
- aus Versorgungsbezügen
- aus Einkommen einer nebenberuflich selbstständigen Tätigkeit

Aus der Summe Ihrer Einkünfte zahlen Sie Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Liegen die Gesamteinkünfte über der Beitragsbemessungsgrenze von monatlich 5.175 Euro in 2024, kann eine Überzahlung vorliegen. Den zu viel gezahlten Beitrag erhalten Sie auf Antrag zurück.

Wie kann es zu einer Überzahlung von Beiträgen kommen?

Grundsätzlich werden bei der Beitragsberechnung alle Einnahmen maximal bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. Bei Beziehern einer gesetzlichen Rente, die als Arbeitnehmer oder Arbeitslosengeldempfänger versichert sind, gibt es jedoch folgende Besonderheit:

Das Arbeitsentgelt bzw. Arbeitslosengeld wird mit den Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen summiert. Diese Einkünfte unterliegen maximal bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht. Aus den Einkommensbestandteilen, die darüber liegen, werden keine Beiträge berechnet.

Daneben werden auch Beiträge aus der Rente bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung berechnet.


Beispiel: (monatliche Einnahmen)

Arbeitsentgelt:	3.800 Euro	
Versorgungsbezug:	900 Euro	
Zwischensumme:	4.700 Euro	Die Einnahmen unterschreiten die Beitragsbemessungsgrenze und werden voll verbeitragt.
Rente:	800 Euro	
Summe:	5.500 Euro	Die Rente wird voll verbeitragt.

Erläuterung: Das Arbeitsentgelt, der Versorgungsbezug und die Rente betragen zusammen 5.500 Euro pro Monat. Das heißt, die monatliche Beitragsbemessungsgrenze von 5.175 Euro in 2024 wird um 325 Euro überschritten. Aus dem Einkommensbestandteil von 325 Euro wurden zu Unrecht Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung abgeführt.

Wie erfolgt die Beitragserstattung?

Nutzen Sie bitte für die Beitragserstattung unseren Antrag (s. Anhang) und senden Sie diesen zusammen mit den monatlichen Entgeltabrechnungen und den übrigen Einkommensnachweisen, z. B. aus Ihren Versorgungsbezügen, zu.



Sofern Sie in dem jeweiligen Jahr Einkommen aus einer selbstständigen Tätigkeit erzielt haben, ist eine Prüfung des Erstattungsanspruchs erst möglich, wenn Sie uns den Einkommensteuerbescheid des Jahres zusenden.

Kontakt:

SECURVITA Krankenkasse
Postfach 10 58 29
20039 Hamburg

24-Stunden-Service-Hotline:
0800 1414300 (bundesweit gebührenfrei)
Aus dem Ausland: +49 40 3347-7
Fax: +49 40 3347-90 00
E-Mail: mail@securvita-bkk.de
www.securvita.de

Bitte zurück an:
SECURVITA Krankenkasse
Gruppe Beitrag Selbstzahler
Lübeckertordamm 1-3
20099 Hamburg

Datenschutzhinweis:

Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung der Aufgaben der SECURVITA Krankenkasse notwendig. Mehr Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten erhalten Sie unter www.securvita.de/krankenkasse/sonstiges/datenschutz oder in Papierform - rufen Sie uns an, wir senden Ihnen die Information gerne zu.

Antrag auf Beitragserstattung nach § 231 Sozialgesetzbuch V

Personalien	
Name, Vorname: <input type="text"/>	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Krankenversicherungsnummer: <input type="text"/>	
Anschrift (nur bei Änderung ausfüllen) <input type="text"/>	
Angaben zum Arbeitsentgelt	
Erwarten oder erhielten Sie vom 01.01. bis 31.03. des laufenden Jahres eine Einmalzahlung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Angaben zur Bankverbindung für eine Erstattung	
Name des Geldinstituts: <input type="text"/>	
IBAN (International Bank Account Number) – 22-stellig: D E <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
BIC (Business Identifier Code) – 11-stellig: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vorname und Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller): <input type="text"/>	
Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Antragsteller): <input type="text"/>	
Für Rückfragen bin ich telefonisch oder per E-Mail erreichbar unter (freiwillige Angabe):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einwilligung: Freiwillige Angaben zu Kontaktdaten dürfen zur zukünftigen Kontaktaufnahme und zur Information über Leistungen und Services der SECURVITA Krankenkasse zeitlich unbegrenzt gespeichert und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.	

*wenn nichtzutreffend bitte streichen

Ort, Datum

Unterschrift