

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Rentenversicherung
45060 Essen

Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner unter:

Service-Telefon:

0800 1000 48080 (gebührenfrei)

E-Mail: rentenversicherung@kbs.de

Internet: www.kbs.de

Antrag auf Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse

Hiermit beantrage ich (Antragsgrund bitte ankreuzen)

- Überbrückungsgeld nach § 11 der Satzung der Seemannskasse
- Überbrückungsgeld nach § 12 der Satzung (Differenz zwischen Arbeitslosengeld und höherem Überbrückungsgeld)

**Bestätigungsvermerk der Dienststelle, die den Antrag entgegennimmt:
- entfällt, wenn der Antrag direkt vom Antragsteller eingereicht wird -**

Bei Ausländern:

Die Aufenthaltserlaubnis/-genehmigung

- befristet bis zum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- unbefristet hat vorgelegen.

Die Personalien der Versicherten/des Versicherten werden bestätigt durch

- gültigen Personalausweis
- gültigen Reisepass
- Geburts- / Abstammungsurkunde

1. Angaben zur Person des Versicherten

Name _____

Vornamen _____

Geburtsname _____

Früher geführte Namen (mit Angabe z. B. verwitwet, geschieden) _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geschlecht männlich weiblich divers

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsort, -kreis und -land _____

Bei Ausländern: Bitte Aufenthaltserlaubnis/-genehmigung beifügen.

Straße, Hausnummer _____

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Postleitzahl

Wohnort _____

Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke _____

Familienstand

ledig

geheiratet am/Lebenspartnerschaft begründet am

verwitwet seit

geschieden seit/Lebenspartnerschaft aufgehoben am

wieder verheiratet seit/eingetragene Lebenspartnerschaft begründet am

Tag	Monat	Jahr
<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"/>

Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)

Elterneigenschaft (bitte Nachweis beifügen)

ja

nein

Letzter Arbeitgeber (Name, Anschrift)

Letzte seemannische Tätigkeit vor der Antragstellung (genaue Bezeichnung angeben z. B. Matrose, Kapitän u. ä.)

Letzte Reederei

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von (Vollmacht bitte beifügen)

Name, Vorname oder Dienststelle _____

In der Eigenschaft als Bevollmächtigter

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

2.1 Angaben zum Versicherungsverlauf

Ist dem Versicherten unter dessen Mitwirkung bereits ein Bescheid über die Anerkennung von Versicherungszeiten erteilt worden?

nein

Bitte Antrag auf Kontenklärung mit Vordruck V0410 und ggf. Vordruck V0400 ausfüllen.

ja

Der (ggf. letzte) Bescheid wurde erteilt am

Wird der vorliegende Versicherungsverlauf als vollständig und richtig anerkannt?

nein

Bitte Vordruck V0410 und ggf. Vordruck V0400 ausfüllen.

ja

Bitte die Daten nachfolgend bestätigen

Bestätigung des Versicherten

Zum Versicherungsverlauf

mit den Daten

vom

bis

Den Versicherungsverlauf habe ich überprüft. Unstimmigkeiten wurden nicht festgestellt. Über den Inhalt des Versicherungsverlaufs hinaus wurden keine (weiteren) Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung zurückgelegt.

Der Versicherungsverlauf ist vollständig und richtig. _____

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten

2.2

Ist der Anschluss an die im Versicherungsverlauf bestätigten Daten bis zum heutigen Tage vorhandene Zeitraum vollständig mit Versicherungszeiten belegt?

nein Bitte Vordruck V0410 für fehlende Zeiten ausfüllen.

ja

2.3

Werden Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein _____

ja Falls ja: Anlage 6 Vordruck V0800 bitte ausgefüllt beifügen.

Keine Angaben, weil Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Antragsteller oder bei einem anderen Berechtigten anerkannt worden sind.

2.4

Haben Sie vor dem 1. Januar 1992 Ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet gehabt?

nein

ja vom bis

3. Bisherige Verfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezogen oder beziehen Sie innerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente aus eigener Versicherung?

nein

ja vom bis

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer/Rentenzeichen

Ist ein früher gestellter Rentenantrag abgelehnt worden?

nein

ja abgelehnt am

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer/Rentenzeichen

Werden laufend freiwillige Beiträge im Abbuchungsverfahren gezahlt?

nein

ja

Wünschen Sie die Beendigung des bargeldlosen Beitragseinzugs?

nein

ja Zu welchem Zeitpunkt?

4. Versicherungsfalldaten

Sind Sie auf Dauer aus der Seeschifffahrt/Seefischerei ausgeschieden?

nein

ja Falls ja: _____

Zeitpunkt:

Grund: _____

Sind Sie seedienstuntauglich?

nein

ja Falls ja, seit dem

Bitte unbedingt angeben, wo und wann Sie zuletzt auf Seediensttauglichkeit untersucht wurden.

auch bei nein! Ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung

ist am gestellt worden.

ist noch nicht gestellt worden (vgl. auch Frage 6)

Falls seitens der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See eine Erwerbsminderung festgestellt wird und ein Rentenanspruch noch nicht gestellt wurde, gilt dieser Antrag auch als Rentenanspruch und Antrag auf den Abschlagsausgleich aus der Seemannskasse.
Dann auch Vordruck Y9003-80 ausfüllen.

Üben Sie eine Beschäftigung oder Tätigkeit an Land aus?

nein

ja Falls ja, seit dem

Arbeitgeber: _____

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungspflichtiges Entgelt: _____

Falls nein: Wir bitten Sie, bei der für Sie zuständigen Agentur für Arbeit einen Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld I zu stellen und der Seemannskasse den Nachweis über die Bewilligung oder Ablehnung einzureichen.

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Bitte in jedem Fall beantworten)

Name: _____

freiwillig

pflichtig

Krankenversicherungsnummer:

Sind Sie anerkannter Schwerbehinderter im Sinne des § 2 Absatz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)?

nein

ja Bitte eine beglaubigte Abschrift des betreffenden Ausweises beifügen oder dessen Inhalt nachfolgend bestätigen lassen.

Es hat vorgelegen der Schwerbehindertenausweis

ausgestellt am:

gültig ab:

Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt

nein

ja am:

Bestätigt:

Datum, Dienststelle

Unterschrift

Zur Prüfung Vertrauensvorschriften für die Gewährung von vorzeitigen Altersrenten bitte unbedingt den beigefügten Vordruck R0240 ausfüllen

Vordruck beigefügt

5. Zu berücksichtigende Leistungen

Haben Sie bereits ein Überbrückungsgeld erhalten?

nein

ja

Falls ja

Überbrückungsgeld auf Zeit

vom

bis

Überbrückungsgeld

vom

bis

Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder haben Sie Leistungen beantragt?

nein

ja

Falls ja

Krankenkasse: _____

Versichertennummer:

Beziehen Sie Arbeitslosengeld oder haben Sie dieses beantragt?

nein

ja

Falls ja

Agentur für Arbeit: _____

Beginn: _____

Kundennummer: _____

Voraussichtliches Ende: _____

Beziehen Sie zusätzliche Versorgungsleistungen (z. B. Betriebsrenten, VBL, Renten aus Unterstützungskassen etc.) oder sind solche beantragt?

nein

ja

Art der Versorgungsleistung: _____

mtl. Höhe der Leistung: _____ EUR

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich bin mir bewusst, dass meine Angaben nachgeprüft werden können und ich, falls sie wissentlich unrichtig sind, strafrechtlich verfolgt werden kann.

Mir ist bekannt, dass die Offenbarung personenbezogener Daten an andere Leistungsträger und ihnen gleichgestellten Stellen zur Erfüllung sozialer Aufgaben zulässig ist (§ 35 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X). Einer nach dem SGB zulässigen Offenbarung von personenbezogenen Daten kann ich nach § 76 Abs. 2 SGB X widersprechen.

Ich erkläre ausdrücklich, dass

- a. ich auf Dauer mit dem angegebenen Zeitpunkt aus der Seefahrt ausgeschieden bin oder ausscheiden werde und keine Beschäftigung in der Seefahrt - auch nicht auf Seefahrzeugen unter ausländischer Flagge - wieder aufnehme;
- b. ich die Seemannskasse unverzüglich benachrichtigen werde, sobald mir eine Leistung zu den Abschnitten 4, 6 und 7 nach Stellung dieses Antrages gewährt wird;
- c. ich Änderungen in meinen Lebensverhältnissen, die Auswirkungen auf den Anspruch auf Überbrückungsgeld haben (z. B. Aufnahme einer Tätigkeit in der Seeschifffahrt, Eintritt der Erwerbsminderung, Anerkennung als Schwerbehinderter) mitteilen werde;
- d. ich mich verpflichte, zu Unrecht in Empfang genommene Beträge unverzüglich zurückzuzahlen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben und an Dritte nur offenbart werden, soweit es im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zulässig ist; ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Leistungsverfahrens nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der Satzung der Seemannskasse und des Sozialgesetzbuches erforderlich.

Für den Fall der unbaren Zahlung des Überbrückungsgeldes verpflichte ich mich, der Seemannskasse unverzüglich jede Änderung, die die Zahlung beeinflusst, mitzuteilen und überzahlte Beträge der Seemannskasse zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Seemannskasse zurückzuzahlen, soweit das Guthaben ausreicht. Der Antrag auf unbare Zahlung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass durch diesen Antrag oder durch eine eventuelle Gewährung von Überbrückungsgeld kein Versicherungsschutz in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung begründet wird, aber unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung besteht. Ein Antragsformular der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung habe ich erhalten.

Ferner ist mir bekannt, dass das Überbrückungsgeld beitragspflichtige Einnahme im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist. Ich werde meiner Kranken- und Pflegekasse den Bezug des Überbrückungsgeldes mitteilen.

Ich willige ein, dass die Seemannskasse zur Beschleunigung des Überbrückungsgeldverfahrens die bis zum Tag vor Beginn der Leistung maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen im Voraus von der zahlenden Stelle (Arbeitgeber, Agentur für Arbeit, Krankenkasse, Pflegekasse) anfordert und der Leistungsberechnung zugrunde legt.

Ich bin damit einverstanden, dass der Antrag auf Überbrückungsgeld gleichzeitig als Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung bzw. als Antrag auf Altersrente gilt, wenn sich im Laufe des Verfahrens herausstellen sollte, dass die Voraussetzungen für eine dieser Rentenarten erfüllt sind.

Erklärung, wenn auch über Erwerbsminderung zu entscheiden ist.

Ich erkläre

mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind.

Ich verpflichte

mich, ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst werden, bekannt zu geben. Dazu gehören auch Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch von diesen Stellen Unterlagen angefordert werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z. B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X, i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X);
- ich dem jedoch widersprechen kann;
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I). Ich habe die Einschränkung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir beim Begehen einer Handlung zugezogen, die nach strafrechtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

Der Antragsteller wurde auf die Bedeutung seiner Erklärung hingewiesen. Seine Unterschrift wird hiermit bestätigt.

Vorgelesen, genehmigt und unterschrieben

Dienststempel

Antragsteller, Vor- und Zuname

Bezeichnung der den Antrag aufnehmenden Stelle/
Unterschrift