

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](mailto:rentenversicherung@kbs.de)

Internet: [www.kbs.de](http://www.kbs.de)

### Antrag auf Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse

nach § 11 der Satzung der Seemannskasse im Anschluss an eine Leistung nach § 12 der Satzung der Seemannskasse (Differenzbetrag zwischen Arbeitslosengeld und höherem Überbrückungsgeld)

*Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).*

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.kbs.de](http://www.kbs.de) zur Verfügung.

#### 1. Angaben zur Person des Versicherten

Name \_\_\_\_\_

Vornamen \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Frühere Namen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr) 

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

Geschlecht  männlich  weiblich  divers

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsort (Kreis, Land) \_\_\_\_\_

Ggf. Sterbedatum 

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl 

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke 

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

## 2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**(Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.)**

Name, Vorname/Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter

Vormund

Betreuer

Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

## 3. Erklärung des Antragstellers (Nachweis bitte beifügen.)

Ich beantrage ein Überbrückungsgeld nach § 11 der Satzung der Seemannskasse, weil mein Arbeitslosengeld ab 

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

 wegfällt.

## 4. Angaben zum Bezug von Überbrückungsgeld nach § 12 der Satzung der Seemannskasse

4.1 Ab Beginn des Überbrückungsgeldes nach § 12 der Satzung wurden laufend Pflichtbeiträge von der Agentur für Arbeit an die Rentenversicherung gezahlt. Darüber hinaus werden weitere Versicherungszeiten

nicht geltend gemacht

gemäß beigefügter Anlage geltend gemacht

4.2 Änderung in den Verhältnissen seit Beginn des Differenzbetrages: Hat sich der Betrag des Arbeitslosengeldes seit der letzten Mitteilung geändert?

nein

ja, vgl. beigefügte Anlagen

4.3 Elterneigenschaft

ja

nein

bereits geklärt

## 5. Sonstige Angaben

5.1 Beziehen Sie innerhalb Deutschlands aus der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente aus eigener Versicherung oder eine Hinterbliebenenrente, auch wenn diese voll ruht?

nein

ja

Vom \_\_\_\_\_

5.2 Sind Sie inzwischen seedienstuntauglich geworden?

nein

ja

Falls ja: Seit wann:

Wo und wann wurden Sie zuletzt auf Seediensttauglichkeit untersucht?

---

5.3 Leiden Sie an einer Erkrankung, die Ihre Erwerbsfähigkeit einschränkt?

nein

ja

Falls ja: Seit dem:

Ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung ist am:  gestellt worden

ist bisher nicht gestellt worden

Falls ja und falls bisher kein Rentenanspruch gestellt wurde: Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

---

5.4 Zur Prüfung der Vertrauensvorschriften für die Gewährung von vorzeitigen Altersrenten bitte unbedingt den beigegeführten Vordruck (R0240) ausfüllen.

Vordruck beigelegt

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

nein

ja

Seit:

Bitte eine beglaubigte Abschrift oder Fotokopie des betreffenden Ausweises beifügen.

Wurde ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt?

nein

ja

am:

5.6 Wird nach Auslaufen des Arbeitslosengeldes Bürgergeld beantragt oder bereits bezogen?

nein

ja

Ich übe seit dem Ende des Arbeitslosengeldes bzw. seit

eine Beschäftigung bzw. eine Tätigkeit an Land aus.

keine Beschäftigung oder Tätigkeit aus.

Ich werde mich nach dem Ende des Arbeitslosengeldes weiterhin arbeitslos melden.

