

Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See

Rentenversicherung  
45060 Essen

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

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 Gewährung eines Abschlagsausgleichs

Gewährung eines Abschlagsausgleichs nach § 13 der Satzung der Seemannskasse

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 (TTMMJJJJ) 

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

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) \_\_\_\_\_

## 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

- Ich beantrage einen Abschlagsausgleich nach § 13 der Satzung der Seemannskasse, weil meine  
- beantragte - Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung um einen Abschlag  
gemindert ist.

Gemäß § 13 der Satzung erhält der Versicherte, bei dem die Rente wegen voller Erwerbsminderung  
bzw. die Altersvollrente aufgrund der vorzeitigen Inanspruchnahme gemindert ist, bis längstens zum  
Ablauf des Monats des Erreichens seiner Regelaltersgrenze die Differenz zwischen der geminderten  
und der ungeminderten Rente.

## 4. Zahlungsweg

Der Ausgleich soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut (Name, Ort)

---

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

---

**5. Sonstige Angaben**

5.1 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

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

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel der/des Aufnehmenden