

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Versicherungsnummer

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

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See

Rentenversicherung
45060 Essen

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner unter:

Service-Telefon:

0800 1000 48080 (gebührenfrei)

E-Mail: rentenversicherung@kbs.de

Internet: www.kbs.de

Anlage Nr. 2 Zur Prüfung des Anspruches auf Überbrückungsgeld

Hinweis:

Die Anlage Nr. 2 wird für die ärztlichen Gutachter getrennt von der Rentenakte geführt. Für eine ordnungsgemäße Bearbeitung der Überprüfung ist deshalb der Vordruck in doppelter Ausführung auch dann vollständig auszufüllen, wenn das Versicherungskonto geklärt ist.

1. Angaben zur Person des Versicherten

Name _____

Vornamen _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

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

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl

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

Wohnort _____

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Letzter Arbeitgeber (Name, Anschrift), Art des Betriebes

Arbeitszeit (Tages pro Woche, Stunden täglich)

2. Berufsausbildung des Überbrückungsgeldempfängers (Nachweise bitte beifügen)

Bestand ein Lehrverhältnis?

nein

ja

Erlerner Beruf _____

Dauer der Lehre (vom –)

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

 (bis)

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

Prüfung bestanden am

Bestand ein Anlernverhältnis?

- nein
- ja

Angelernter Beruf _____

Dauer der Anlernverhältnis (vom-) (bis)

Prüfung bestanden am

Wurde eine Umschulung durchgeführt?

- nein
- ja

Umschulungsberuf _____

Dauer der Umschulung (vom-) (bis)

Prüfung bestanden am

Durchführende Stelle Aktenzeichen _____

Wurden Fachkurse, Fachschulen oder Hochschulen besucht?

- nein
- ja

Art und Fachrichtung _____

Dauer (vom-) (bis)

Prüfung bestanden am

Haben Sie Patente erworben?

- nein
- ja

Welche?

1. _____
2. _____
3. _____

3. Beschäftigungsübersicht des Überbrückungsgeldempfängers

Bitte tragen Sie Ihre zuletzt ausgeübte seemännische Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit im Inland und im Ausland mit genauer Berufsbezeichnung ein.

von-bis (nur Jahresangaben) _____

als _____

Arbeiten bestanden in _____

Aufgabe wegen Krankheit

- nein
- ja

Name/Anschrift des letzten Arbeitgebers, Art des Betriebes

Arbeitszeit (Tage pro Woche/Stunden täglich)

Höhe des Entgelts einschl. Sachbezüge (wöchentl./mtl.)

nähere Bezeichnung des Tarifvertrages/Einstufung

Üben Sie zur Zeit eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit aus?

nein

ja

Berufsbezeichnung

4. Selbständige Erwerbstätigkeit

nein

ja

Datum und Grund der Aufgabe (z. B. Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)

im eigenen gewerblichen Betrieb/im Betrieb eines Familienangehörigen

im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb/im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen

im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit ggf. Verwandtschaftsverhältnis, Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in ha

Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb oder ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?

nein

ja

5. Erwerbsminderung

Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für Erwerbsgemindert?

seit

wegen

Welche Arbeiten glauben Sie noch verrichten zu können?

Art und Umfang (wieviele Stunden täglich?)

Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig krank?

nein

ja

seit

Name der Krankenkasse

von welcher Stelle? _____

Aktenzeichen _____

8. Maßnahmen zur Rehabilitation

Sind bereits früher medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen durchgeführt worden?
(Bitte nur letzte Kur angeben)

nein

ja

wenn ja: medizinische

berufsfördernde

vom- bis

Kostenträger _____

Aktenzeichen _____

Sind medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen beantragt?

nein

ja

wenn ja: medizinische

berufsfördernde

beantragt am

bei welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

Wurde früher ein Antrag auf medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen abgelehnt?

nein

ja

wenn ja: medizinische

berufsfördernde

abgelehnt am

von welcher Stelle _____

Aktenzeichen _____

Erklärung des Antragstellers

„Ich erkläre, alle Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und das Leistungen, die aufgrund unrichtiger Angaben gewährt worden sind, zurückgefordert werden können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, die ich im Antrag angegeben habe bzw. aus eingereichten oder angeforderten Unterlagen ersichtlich sind. Ferner verpflichte ich mich, jede ärztliche Untersuchung bekanntzugeben, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst bzw. in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte durchgeführt wurde, so dass auch von diesen Stellen die Unterlagen angefordert werden können.“

Ich bin einverstanden, dass ggf. bisher unbekannte medizinische Befunde aus den zu erstattenden Gutachten meinem behandelnden Arzt mitgeteilt werden, damit diese Befunde bei der Behandlung für mich verwendet werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekanntgeworden 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 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 die Folgen fehlender Mitwirkung eintreten können (§ 66 SGB I).

Mir ist bekannt, dass die hiermit angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben werden und dass die Kenntnis dieser Daten zur Durchführung des beantragten Verfahrens (z. B. zur Leistungsfeststellung) nach Maßgaben der einschlägigen Vorschriften (Sozialgesetzbuch u. a.) erforderlich ist.“

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Zuname)

(wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht genügt hier die Unterschrift eines Bevollmächtigten)