Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Rentenversicherung
45060 Essen

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner/-innen unter:
Service-Telefon:
0800 1000 48080 (gebührenfrei)
E-Mail: rentenversicherung@kbs.de
Internet: www.kbs.de

Antrag auf Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse

Gewährung eines Überbrückungsgeldes nach § 11 oder § 12 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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).

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu. Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.kbs.de zur Verfügung.

1. Angaben zur Person

Name _____

Vorname (Rufname) _____

Geburtsname _____

frühere Namen _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsort (Kreis, Land) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl Wohnort _____

Y9001-80 6.26 Abt. I 1559

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) _____

Steuerliche Identifikationsnummer ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Familienstand

☐ nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
(ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)

☐ verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

Letzter Arbeitgeber (Name, Anschrift)

_____

Letzte seemännische Tätigkeit vor der Antragstellung
(genaue Bezeichnung angeben zum Beispiel Matrose, Kapitän)

_____

Letzte Reederei

_____

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 zur beantragten Leistung

☐ Ich beantrage das Überbrückungsgeld nach § 11 der Satzung der Seemannskasse

☐ Ich beantrage das Überbrückungsgeld als Differenzbetrag nach § 12 der Satzung der Seemannskasse

Erläuterung:
Nach § 11 der Satzung der Seemannskasse erhält die versicherte Person ein Überbrückungsgeld, wenn sie das 56. Lebensjahr vollendet hat. Zudem müssen die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen (u. a. Ausscheiden aus der Seefahrt, Erfüllung der Wartezeit und der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, kein Anspruch auf eine Altersvollrente oder Rente wegen voller Erwerbsminderung in voller Höhe) erfüllt sein.

Besteht ein Anspruch auf Arbeitslosengeld, zahlt die Seemannskasse als Differnezbetrag nach § 12 der Satzung die Differenz zwischen dem Arbeitslosengeld und dem höheren fiktiv berechneten Überbrückungsgeld.

Die Leistung beginnt nach § 20 der Satzung der Seemannskasse frühestens mit dem Tag der Antragstellung.

4. Zahlungsweg

Das Überbrückungsgeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden

IBAN (International Bank Account Number, siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte)

Geldinstitut (Name, Ort)

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

5. Angaben zum Versicherungsverlauf

5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter – Minijobber – nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2

☐ ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

☐ Beitragszeiten (genaue Bezeichnung der Tätigkeit)

vom | | | | | | | | | bis | | | | | | | | |

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse

☐ Beitragszeiten (genaue Bezeichnung der Tätigkeit)

vom | | | | | | | | | bis | | | | | | | | |

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse

☐ nicht erwerbsmäßige Pflege

vom | | | | | | | | | bis | | | | | | | | |

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐

zuständige Pflegekasse

☐ nicht erwerbsmäßige Pflege

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐

zuständige Pflegekasse

☐ selbständige Tätigkeit

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ selbständige Tätigkeit

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein

☐ ja, **bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen**

5.3 Haben Sie für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1. 1. 2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Leistung

Nachweise ☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

5.4 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

☐ nein

☐ ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als „berufliche Ausbildung“ gekennzeichnet sind

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Tag der Abschlussprüfung ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Berufsausbildung

_____

Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

5.5 Haben Sie Anrechnungszeiten (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten) zurückgelgt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein

☐ ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

5.6 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

☐ nein

☐ ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

6. Bisherige Verfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung

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

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer / Rentenzeichen ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6.2 Ist ein früher gestellter Rentenantrag abgelehnt worden?

☐ nein

☐ ja, abgelehnt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer / Rentenzeichen ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

6.3 Werden laufend freiwillige Beiträge im Abbuchungsverfahren gezahlt?

☐ nein, weiter Ziffer 7

☐ ja

6.4 Wünschen Sie die Beendigung des bargeldlosen Beitragseinzugs?

☐ nein

☐ ja, zum ☐☐☐☐☐☐☐☐

7. Angaben zur Prüfung des Leistungsanspruchs

7.1 Sind Sie aus der Seeschifffahrt / Seefischerei ausgeschieden?

☐ nein

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

Grund: _____

7.2 Wann und wo wurden Sie zuletzt auf Seediensttauglichkeit untersucht?

Datum der Untersuchung ☐☐☐☐☐☐☐☐

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin, des untersuchenden Arztes

_____

7.3 Sind Sie seedienstuntauglich?

☐ nein

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

7.4 Halten Sie sich für teilweise oder voll erwerbsgemindert?

☐ nein, weiter bei Ziffer 7.6

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

7.5 Haben Sie einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung gestellt?

☐ nein

☐ ja, am ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

7.6 Üben Sie eine Beschäftigung oder Tätigkeit an Land aus?

☐ nein, bitte stellen Sie bei der für Sie zuständigen Agentur für Arbeit einen Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld. Der Seemannskasse der Nachweis über die Bewilligung oder Ablehnung des Arbietslosengeldes einzureichen.

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

Arbeitgeber _____

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

☐ nein

☐ ja, bitte Schwerbehinderung nachweisen, weiter bei Ziffer 8

7.8 Ist ein Verfahren zur Anerkennung einer Schwerbehinderung anhängig?

☐ nein

☐ ja, Schwerbehinderung wurde beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

8. Zu berücksichtigende Leistungen

8.1 Haben Sie bereits ein Überbrückungsgeld erhalten?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Krankenkasse _____

Aktenzeichen _____

8.3 Beziehen Sie Arbeitslosengeld oder haben Sie dieses beantragt?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

8.4 Maßnahmen zur Rehabilitation

Werden oder wurden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführt oder sind solche Maßnahmen beantragt (zum Beispiel Kuren, Umschulungen)?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

9. Erstattungsansprüche anderer Stellen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

9.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Versicherungsnummer _____

9.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Versicherungsnummer _____

Art der Leistung _____

9.3 Bürgergeld von einem Jobcenter *)

☐ nein

☐ ja, zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

9.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger *)

☐ nein

☐ ja, zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

9.5 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Ausbildungsförderung, Jugendhilfe) *)

☐ nein

☐ ja, zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

*) Diese Fragen sind auch dann mit „ja“ zu beantworten, wenn der Ehegatte/der Lebenspartner oder unterhaltungsberechtigte Angehörige Leistungen von einem dieser Ämter beziehen.

10. Sonstige Angaben

10.1 Beziehen Sie zusätzliche Versorgungsleistungen (zum Beispiel Betriebsrenten, VBL, Renten aus Unterstützungskassen) oder sind solche beantragt?

☐ nein

☐ ja, Art der Versorgung _____

monatliche Höhe der Leistung _____ EUR

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

Name: _____

10.3 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

☐ nein

☐ ja Name, Vorname des Kindes _____

Geburtsdatum ☐☐☐☐☐☐☐☐

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ Stiefkind

☐ Pflegekind

Bitte Nachweis beifügen.

11. Beweismittel

Diesem Antrag sind folgende Unterlagen beizufügen: (nur erforderlich, wenn die Angaben unter Ziffer 13 nicht bestätigt wurden)

- ☐ gültiger Personalausweis oder Reisepass der antragstellenden Person
- ☐ Vollmacht/Beschluss des Gerichts (bei Antragsstellung durch andere Person)
- ☐ ggf. Anerkennungsbescheid oder Kopie des Schwerbehindertenausweises (vergleiche Ziffer 7.5)
- ☐ ggf. Geburtsurkunde/Abstammungsurkunde des Kindes, Auszug aus dem Familienbuch/Familienstammbuch oder sonstiges Dokument zum Nachweis der Elterneigenschaft (vergleiche Ziffer 10.3)

12. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, das wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

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 8 und 10 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.

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 Vorraussetzungen die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung besteht.

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.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers

Erklärung, wenn auch über Erwerbsminderung zu entscheiden ist

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers

13. Bestätigungsvermerk (bei Antragsaufnahme durch sonstige Stelle)

Die Angaben zur Person (siehe Ziffer 1) werden bestätigt durch:

☐ Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde

☐ gültigen Personalausweis

☐ gültigen Reisepass

Das Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung (siehe Ziffer 10.3) wird bestätigt.
Es hat vorgelegen:

☐ Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes

☐ Familienbuch, Stammbuch

☐ _____

Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.

Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: ☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ unbefristet

_____ _____

Ort, Datum | Unterschrift, Stempel der / des Aufnehmenden