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
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).

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 _____

Y9002-80 7.26 0.5 2004

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

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 zum ☐☐☐☐☐☐☐☐ wegfällt.

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.

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 Bezug des Differenzbetrags nach § 12 der Satzung der Seemannskasse

5.1 Ab Beginn des Differenzbetrags nach § 12 der Satzung wurden laufend Pflichtbeiträge von der Agentur für Arbeit an die Rentenversicherung gezahlt. Werden darüber hinaus weitere Versicherungszeiten geltend gemacht?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2

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

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Versicherungszeit _____

vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Versicherungszeit _____

Nachweise

☐ sind beigefügt

☐ liegen nicht mehr vor

☐ werden nachgereicht

5.2 Änderung in den Verhältnissen **seit Beginn des Differenzbetrags:** Hat sich der Betrag des Arbeitslosengeldes seit der letzten Mitteilung geändert?

☐ nein

☐ ja, bitte Nachweis beifügen

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

7. Angaben zur Prüfung des Leistungsanspruchs

7.1 Wann und wo wurden Sie zuletzt auf Seediensttauglichkeit untersucht?

Datum der Untersuchung ☐☐☐☐☐☐☐☐

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin, des untersuchenden Arztes

_____

7.2 Sind Sie seedienstuntauglich?

☐ nein

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

7.3 Halten Sie sich für teilweise oder voll erwerbsgemindert?

☐ nein, weiter bei Ziffer 7.6

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

7.4 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.

7.5 Üben Sie seit dem Ende des Arbeitslosengeldbezuges eine Beschäftigung oder Täigkeit an Land aus?

☐ nein

☐ ja, seit dem ☐☐☐☐☐☐☐☐

Arbeitgeber _____

7.6 Sind Sie ab dem Ende des Arbeitslosengeldbezuges weiterhin arbeitslos bei bei der Agentur für Arbeit gemeldet?

☐ nein

☐ ja

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. Erstattungsansprüche anderer Stellen

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

8.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Versicherungsnummer _____

8.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

beantragt am ☐☐☐☐☐☐☐☐

zahlende Stelle _____

Versicherungsnummer _____

Art der Leistung _____

8.3 Bürgergeld von einem Jobcenter *)

☐ nein

☐ ja, zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

8.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger *)

☐ nein

☐ ja, zahlende Stelle _____

Aktenzeichen _____

Art der Leistung _____

8.5 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.

9. Sonstige Angaben

9.1 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

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

Name: _____

10. 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 9 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

11. Bestätigungsvermerk (bei Antragsaufnahme durch sonstige Stelle)

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

- ☐ Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde
- ☐ gültigen Personalausweis
- ☐ gültigen Reisepass

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