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 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 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 _____

Y9003-80 7.24 0.5 1616

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) _____

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

2. Antragstellung durch andere Person

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

Erläuterung:
Nach § 13 der Satzung der Seemannskasse erhält die versicherte Person, die aufgrund der vorzeitigen Inanspruchnahme eine geminderte Rente wegen voller Erwerbsminderung oder eine Altersvollrente bezieht, einen Abschlagsausgleich. Der Anspruch ergibt sich aus der Differenz zwischen der geminderten und der ungeminderten Rente und besteht längstens bis zum Ablauf des Monats des Erreichens der Regelaltersgrenze.

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

4. Zahlungsweg

Der Abschlagsausgleich 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. Sonstige Angaben

5.1 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

5.2 Beziehen Sie eine Hinterbliebenenleistung von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie Hinterbliebenenleistungen beantragt?

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle: _____

Aktenzeichen: _____

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

Name: _____

6. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Offenbarung personenbezogener Daten an andere Leistungsträger und ihnen gleich gestellten 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 ich mich verpflichte, zu Unrecht in Empfang genommene Beträge unverzüglich zurückzuzahlen.

Für den Fall der unbaren Zahlung der Leistung 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.

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.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Bestätigungsvermerk bei Antragsaufnahme durch sonstige Stelle

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift, Stempel der/des Aufnehmenden