Knappschaft Bahn See
sozial. kompetent. für mich!

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Dezernat VII.1.5
Millerntorplatz 1
20359 Hamburg

Versicherungsnummer

Betriebsnummer

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner/-innen unter:
Telefon: 040 30388-1914
E-Mail: gsv71@kbs.de
Internet: www.kbs.de

Antrag auf Beitragserstattung

Erstattung von Beiträgen zur Seemannskasse an Versicherte, die von der Beitragspflicht nach § 27 Abs. 4 der Satzung der Seemannskasse befreit sind

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 versicherten Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsname _____

frühere Namen _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr) ☐☐☐☐☐☐☐☐

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsort (Kreis, Land) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl ☐☐☐☐☐ Wohnort _____

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) _____

Y9011-80 3.26 0.5 628

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. Angaben zum Arbeitgeber

Name/Firma _____

Betriebs-/Beitragskonto-Nr. o. VG/z. VG _____

4. Angaben zum Zeitpunkt der Befreiung von der Versicherungspflicht

Die Befreiung von der Beitragspflicht ist von der Seemannskasse festgestellt worden ab ☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Angaben zur Beitragsleistung der versicherten Person (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Für die versicherte Person wurden nach dem Beginn der Befreiung von der Beitragspflicht an Beiträgen zur Seemannskasse gezahlt (nach Kalenderjahren getrennt):

Zeitraum		D-Heuer/ Arbeitsentgelt	Kennzahl	Arbeitnehmer-anteil zur See-mannskasse
von	bis			
			Gesamtbetrag:	

6. Sonstige Angaben

6.1 Wurden seit Beginn der Befreiung von der Beitragspflicht Leistungen der Seemannskasse beantragt, bewilligt oder gewährt?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Leistung _____

6.2 Haben Sie einen Bescheid über die Forderung eines Leistungsträgers (Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Seemannskasse) erhalten?

☐ nein

☐ ja, vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Art der Forderung _____

Leistungsträger _____

Aktenzeichen _____

7. Zahlungsweg

Der Erstattungsbetrag 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)

_____

8. Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers sowie des Betriebes

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

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Betriebes / Firmenstempel

9. Anlagen

_____

_____

10. Bestätigungsvermerk (bei Antragsaufnahme durch sonstige Stelle)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift, Stempel der / des Aufnehmenden