

Antrag auf Überbrückungsgeld aus der Seemannskasse

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Hinweis:

Bitte füllen Sie diesen Antrag deutlich lesbar - möglichst in Druckschrift - mit Kugelschreiber aus.

Versicherungsnummer

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

Hiermit beantrage ich (Antragsgrund bitte ankreuzen)

1. Überbrückungsgeld nach § 11 der Satzung der Seemannskasse
2. Überbrückungsgeld nach § 12 der Satzung (Differenz zwischen Arbeitslosengeld I und höherem Überbrückungsgeld)

**Bestätigungsvermerk der Dienststelle, die den Antrag entgegennimmt:
- entfällt, wenn der Antrag direkt vom Antragsteller eingereicht wird -**
Bei Ausländern:

Die Aufenthaltserlaubnis / -genehmigung

befristet bis zum

/ unbefristet hat vorgelegen

Die Personalien der Versicherten / des Versicherten werden bestätigt durch

 gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

 Geburts- / Abstammungsurkunde

Unterschrift

1 Angaben zur Person des Versicherten

Name			Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)		
Geburtsname			Früher geführte Namen (mit Angabe z. B. verwitwet, geschieden)		
Tag	Monat	Jahr	Geburtsdatum	Geschlecht (Zutreffendes ankreuzen)	Staatsangehörigkeit
			←	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Geburtsort, -kreis und -land	Bei Ausländern: Bitte Aufenthaltserlaubnis / -genehmigung beifügen.																				
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)																				
Postleitzahl	Wohnort																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke																					
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					

Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig			
<input type="checkbox"/> geheiratet am / Lebenspartnerschaft begründet am	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> verwitwet seit	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> geschieden seit / Lebenspartnerschaft aufgehoben am	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> wieder verheiratet seit / eingetragene Lebenspartnerschaft begründet am	Tag	Monat	Jahr

Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	Elterneigenschaft (bitte Nachweis beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzter Arbeitgeber (Name, Anschrift)	
Letzte seemannische Tätigkeit vor der Antragstellung (genaue Bezeichnung angeben z. B. Matrose, Kapitän u. ä.)	
Letzte Reederei	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht bitte beifügen

Name, Vorname oder Dienststelle	
In der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl 	Wohnort

2.1 Angaben zum Versicherungsverlauf

Ist dem Versicherten unter dessen Mitwirkung bereits ein Bescheid über die Anerkennung von Versicherungszeiten erteilt worden?	
<input type="checkbox"/> nein	Bitte Antrag auf Kontenklärung mit Vordruck V410 und ggf. Vordruck V400 ausfüllen.
<input type="checkbox"/> ja	Der (ggf. letzte) Bescheid wurde erteilt am
Wird der vorliegende Versicherungsverlauf als vollständig und richtig anerkannt?	
<input type="checkbox"/> nein	Bitte Vordruck V410 und ggf. Vordruck V400 ausfüllen.
<input type="checkbox"/> ja	Bitte die Daten nachfolgend bestätigen

Bestätigung des Versicherten

Zum Versicherungsverlauf vom	mit den Daten bis
------------------------------	-------------------

Den Versicherungsverlauf habe ich überprüft. Unstimmigkeiten wurden nicht festgestellt. Über den Inhalt des Versicherungsverlaufs hinaus wurden keine (weiteren) Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- und Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung zurückgelegt.

Der Versicherungsverlauf ist vollständig und richtig.

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

2.2	Ist der Anschluss an die im Versicherungsverlauf bestätigten Daten bis zum heutigen Tage vorhandene Zeitraum vollständig mit Versicherungszeiten belegt? <input type="checkbox"/> nein Bitte Vordruck V410 für fehlende Zeiten ausfüllen. <input type="checkbox"/> ja
2.3	Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Anlage 6 Vordruck V800 bitte ausgefüllt beifügen. <input type="checkbox"/> anerkannt worden sind. Keine Angaben, weil Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Antragsteller oder bei einem anderen Berechtigten
2.4	Haben Sie vor dem 1. Januar 1992 Ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet gehabt? vom – bis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3 Bisherige Verfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung

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

vom - bis

Versicherungsträger, Versicherungsnummer / Rentenzeichen

nein ja

Ist ein früher gestellter Rentenantrag abgelehnt worden?

abgelehnt am

Versicherungsträger, Versicherungsnummer / Rentenzeichen

nein ja

Werden laufend freiwillige Beiträge im Abbuchungsverfahren gezahlt?

nein ja

Wünschen Sie die Beendigung des bargeldlosen Beitragseinzugs?

Zu welchem Zeitpunkt?

nein ja

4 Versicherungsfalldaten

Sind Sie auf Dauer aus der Seeschifffahrt / Seefischerei ausgeschieden?

nein ja

Falls ja:

Zeitpunkt:

Grund:

Sind Sie seedienstuntauglich?

nein ja Falls ja, seit dem

Bitte unbedingt angeben, wo und wann Sie zuletzt auf Seediensttauglichkeit untersucht wurden.

Ein Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung

auch bei **nein!**

ist am

gestellt worden

ist noch nicht gestellt worden -
(vgl. auch Frage 6)

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 2 30 05 ausfüllen.

Üben Sie eine Beschäftigung oder Tätigkeit an Land aus?

nein ja Falls ja, seit dem

Arbeitgeber:

Krankenkasse:

Krankenversicherungs-
pflichtiges Entgelt:

Falls nein:

**Wir bitten Sie, bei der für Sie zuständigen
Agentur für Arbeit einen Antrag auf
Gewährung von Arbeitslosengeld I zu
stellen und der Seemannskasse den
Nachweis über die Bewilligung oder
Ablehnung einzureichen.**

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

Name: _____ freiwillig pflichtig

Krankenversicherungsnummer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

nein ja

Es hat vorgelegen

Bitte eine beglaubigte Abschrift des betreffenden
Ausweises beifügen oder dessen Inhalt nachfolgend
bestätigen lassen.

der Schwerbehindertenausweis

ausgestellt am:

gültig ab:

Ein Schwerbehindertenausweis wurde beantragt

nein ja

am:

Bestätigt:

Datum, Dienststelle

Unterschrift

Zur Prüfung Vertrauensvorschriften für die Gewährung von vorzeitigen Altersrenten bitte unbedingt den beigefügten Vordruck (SMK - R240) ausfüllen

Vordruck beigefügt

5 Zu berücksichtigende Leistungen

Haben Sie bereits ein Überbrückungsgeld erhalten?

nein ja

Falls ja

Überbrückungsgeld auf Zeit

Vom

Bis

Überbrückungsgeld

Vom

Bis

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

nein ja

Falls ja

Krankenkasse:

Versichertennummer:

Beziehen Sie Arbeitslosengeld I oder haben Sie dieses beantragt?

nein ja

Falls ja

Agentur für Arbeit

Beginn:

Kundennummer:

Voraussichtliches Ende:

Beziehen Sie zusätzliche Versorgungsleistungen (z. B. Betriebsrenten, VBL, Renten aus Unterstützungskassen etc.) oder sind solche beantragt?

nein ja

Art der Versorgungsleistung:

mtl. Höhe der Leistung:

EUR

6 Maßnahmen zur Rehabilitation

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

nein ja

bei welcher Stelle (Kostenträger)?

Aktenzeichen

Dauer der Maßnahme (vom - bis)

7 Erstattungsansprüche anderer Stellen

Beziehen Sie Leistungen oder haben Sie Leistungen beantragt von einer der nachstehenden Stellen?

Zahlende Stelle	Aktenzeichen
VBL	
Arbeitslosengeld II von der Agentur für Arbeit	
Zahlende Stelle	Kundennummer
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Träger der Sozialhilfe *)	
Zahlende Stelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Träger der Unfallversicherung oder Rentenversicherung (Witwen- / Witwerrenten, Hinterbliebenenrente an den früheren Ehegatten / Lebenspartner)	
Zahlende Stelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Kostenträger (z. B. Träger der Jugendhilfe, Amt für Ausbildungsförderung *)	
Zahlende Stelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

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

8 Zahlungsweg

Wird die Überweisung des Überbrückungsgeldes auf das Konto einer Vertrauensperson gewünscht, oder wird der Antrag auf Überbrückungsgeld von einem Bevollmächtigten gestellt und der Antrag nicht vom Berechtigten unterschrieben, so fügen Sie bitte einen Antrag auf unbare Zahlung (R850) bei.

<input type="checkbox"/> Das Überbrückungsgeld soll auf mein alleiniges Konto überwiesen werden.		<input type="checkbox"/> Antrag auf unbare Zahlung ist beigefügt.	
Geldinstitut (Name, Ort)			
Bankleitzahl		Konto- oder Sparbuch-Nr.	
IBAN (International Bank Account Number)		BIC (Bank Identifier Code)	

Erklärung des Antragstellers

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Ich bin mir bewusst, dass meine Angaben nachgeprüft werden können und ich, falls sie wissentlich unrichtig sind, strafrechtlich verfolgt werden kann.

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

- 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;
- ich die Seemannskasse unverzüglich benachrichtigen werde, sobald mir eine Leistung zu den Abschnitten 4, 6 und 7 nach Stellung dieses Antrages gewährt wird;
- 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;
- ich mich verpflichte, zu Unrecht in Empfang genommene Beträge unverzüglich zurückzuzahlen.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben und an Dritte nur offenbart werden, soweit es im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zulässig ist; ihre Kenntnis ist zur Durchführung des Leistungsverfahrens nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der Satzung der Seemannskasse und des Sozialgesetzbuches erforderlich.

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 Voraussetzungen die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung besteht. Ein Antragsformular der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung habe ich erhalten.

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.

Erklärung, wenn auch über Erwerbsminderung zu entscheiden ist.

Ich erkläre

mich damit einverstanden, dass **ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen**, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den **Stellen und Ärzten angefordert werden können**, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind.

Ich verpflichte

mich, **ärztliche Untersuchungen**, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst werden, **bekannt zu geben**. Dazu gehören auch Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch von diesen Stellen Unterlagen angefordert werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden 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 gesetzliche 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 aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ich habe die **Einschränkung meiner Erwerbsfähigkeit** weder absichtlich herbeigeführt noch mir beim Begehen einer Handlung zugezogen, die nach strafrechtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

Der Antragsteller wurde auf die Bedeutung seiner Erklärung hingewiesen. Seine Unterschrift wird hiermit bestätigt.

Vorgelesen, genehmigt und unterschrieben

Dienststempel

Antragsteller, Vor- und Zuname

Bezeichnung der den Antrag aufnehmenden Stelle / Unterschrift