

Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See  
Rentenversicherung  
45060 Essen

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt) 

--	--	--	--	--

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



## 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