

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Deutsche Rentenversicherung
Knappschaft-Bahn-See
Rentenversicherung
45060 Essen

Versicherungsnummer

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

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner unter:

Service-Telefon:

0800 1000 48080 (gebührenfrei)

E-Mail: rentenversicherung@kbs.de

Internet: www.kbs.de

Antrag auf die einmalige Leistung wegen Todes

Gewährung einer Leistung nach § 17a der Satzung der Seemannskasse

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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.

1. Angaben zur Person des Versicherten

Name _____

Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) _____

Geburtsname _____

Frühere Namen _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

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

Geschlecht männlich weiblich ohne Eintrag divers

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsort (Kreis, Land) _____

Ggf. Sterbedatum

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

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl

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

Wohnort _____

2. Angaben zur Person der Witwe/des Witwers/der hinterbliebenen Lebenspartnerin/des hinterbliebenen Lebenspartners

Name _____

Vornamen (Rufname) _____

Geburtsname _____

Frühere Namen _____

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich ohne Eintrag divers

Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl

Wohnort _____

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) _____

Steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person

In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?

Ehe

Eingetragene Lebenspartnerschaft

Tag der Eheschließung/Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen versicherten Person

Bestand die Ehe/die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?

ja

nein

3. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname/Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

In der Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter
Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen.

Straße, Hausnummer _____

Adresszusatz _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Land _____

Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die hinterbliebene Person mit dem / der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war beziehungsweise in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.

Ja

Nein, die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den antragstellenden Ehegatten/Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde/Eheurkunde/Lebenspartnerschaftsurkunde nach dem Tod ausgestellt sein

Heiratsurkunde/Eheurkunde/Partnerschaftsurkunde ausgestellt am TT.MM.JHJJ

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

7. 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.

Hinweis zum Datenschutz

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, die gleichfalls für die Seemannskasse gelten, auch gern zu.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers