

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 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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.kbs.de zur Verfügung.

1. Angaben zur Person des Versicherten

Name _____

Vornamen _____

Geburtsname _____

Frühere Namen _____

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

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

Geschlecht männlich weiblich divers

Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) _____

Geburtsort (Kreis, Land) _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl

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

Wohnort _____

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) _____

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) _____

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

8. Erklärung des Antragstellers

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.

9. Anlagen

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Datum der Antragstellung

Am

ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.

Bestätigungsfeld

Datum, Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle