



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSNR

Name, Vorname Geburtsdatum

Erklärung zum Zwecke der Auszahlung des Übergangsgeldes durch die Rentenversicherung

Hiermit erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich an der mir von der Rentenversicherung bewilligten Rehabilitationsleistung vom _____ bis _____ teilgenommen habe.

Mir ist bekannt, dass mir Übergangsgeld nur für die Dauer der Teilnahme an der Rehabilitationsleistung zusteht. Ich bin darüber informiert, dass ich Übergangsgeld zurückzuzahlen habe, wenn dieses für Zeiten außerhalb der Rehabilitationsleistung gezahlt wird. Ich verpflichte mich, ohne Anspruch in Empfang genommenes Übergangsgeld zurückzuzahlen.

Fehlzeiten während der Rehabilitationsleistung

vom - bis	vom - bis	Grund
vom - bis	vom - bis	Grund

Überweisungsweg

keine Änderungen gegenüber dem Vormonat

IBAN (International Bank Account Number) D E	BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Bestätigung durch die Rehabilitationseinrichtung

Urschriftlich

Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

