Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Erklärung für den Bezug von Übergangsgeld

G0512

Erläuterungen zu den hier gestellten Fragen finden Sie im **Formular G0510** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld. Sofern Sie für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung Entgelt von Ihrem Arbeitgeber erhalten, brauchen Sie nichts weiter zu veranlassen. Ansonsten füllen Sie bitte das Formular G0512 aus und senden uns dieses **wenige Tage vor Beginn der Leistung** zu.

Sie können dieses Formular auch elektronisch ausfüllen auf:
www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0512

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____

1 Angaben zur Person

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum

Steuerliche Identifikationsnummer

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich habe weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger.

☐ nein ☐ ja, bitte zusätzlich das **Formular G0522** für jedes weitere Versicherungsverhältnis ausfüllen.

2.1 Versicherungspflichtige Beschäftigung

☐ Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung **versicherungspflichtig beschäftigt** und das Entgelt wird **nicht** für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Bitte legen Sie das **Formular G0513** Ihrem Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

2.2 Arbeitsunfähigkeit

☐ Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung **arbeitsunfähig** krank seit: _____

☐ und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Bitte legen Sie das **Formular G0513** Ihrem Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

☐ und beziehe **Krankengeld** von der gesetzlichen Krankenversicherung.

☐ und beziehe als Arbeitnehmer **Krankentagegeld** von einem privaten Versicherungsunternehmen. Bitte legen Sie das **Formular G0513** Ihrem Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

G0512-00 DRV
Version 28016 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026

noch Ziffer **2.2**

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung arbeitsunfähig krank

☐ und aus dem Krankengeld ausgesteuert seit: _____ . Ich beziehe **Arbeitslosengeld** (den Aufhebungsbescheid mit Anlagen füge ich bei) **oder Grundsicherungsgeld**.

☐ und aus dem Krankengeld ausgesteuert seit: _____ . Ich beziehe **keine Leistungen**.

☐ und beziehe **Verletztengeld**

von _____ Aktenzeichen: _____

☐ und erhalte von meinem Arbeitgeber **Sachbezüge**

bis zum _____ in Höhe von monatlicher Betrag brutto _____ EUR monatlicher Betrag netto _____ EUR

2.3 Arbeitslosigkeit

☐ Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung **arbeitslos / arbeitsuchend** seit: _____

☐ und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid mit Anlagen füge ich bei.

☐ und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.

☐ und erhalte **Grundsicherungsgeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

☐ und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Grundsicherungsgeld**.

2.4 Selbständigkeit

☐ Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung **selbständig erwerbstätig**.

Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.	☐ nein	☐ ja
Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Rehabilitationsleistung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.	☐ nein	☐ ja
Ich bin freiberuflich tätig.	☐ nein	☐ ja
In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.	☐ nein	☐ ja

☐ Ich bin Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft.

Ich habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschaftssteuergesetz Gebrauch gemacht.	☐ nein	☐ ja

2.5 Anderer Personenkreis

☐ Ich gehöre **nicht** zu den vorstehend genannten Personenkreisen.

Ich bin (zum Beispiel Hausfrau) : _____

3 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

☐ nein ☐ ja, bitte eine Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.

4 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezugs von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezugs von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht **in der Rentenversicherung** kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht.
Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.

☐ Ich bin Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse und

☐ ich bin pflichtversichert.

☐ ich bin freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.

☐ ich bin freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.

☐ ich bin familienversichert.

Name der Krankenkasse

_____

☐ Ich bin Mitglied der privaten Krankenversicherung.

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert (Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

☐ nein ☐ ja, Beginn der Versicherungspflicht: _____

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

5 Angaben zu Kindern und Pflegebedürftigkeit

5.1 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ich habe / hatte ein Kind.

☐ nein, weiter bei Ziffer 5.3 ☐ ja, weiter bei Ziffer 5.2. Einen **Nachweis** zum Beispiel Geburtsurkunde füge ich bei.

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

5.2 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

☐ Ich habe ein leibliches Kind / Adoptivkind.

☐ Ich habe ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des **jüngsten** Kindes: _____ Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.

Aktenzeichen

☐ nein ☐ ja, Zahlstelle: _____ _____

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches: _____

Bei **volljährigen Kindern** füge ich einen **aktuellen** Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld bei.

5.3 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten oder Lebenspartner in häuslicher Gemeinschaft. Er kann keine Erwerbstätigkeit ausüben, weil er mich pflegt oder selbst der Pflege bedarf. Ein Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung besteht nicht.

☐ nein ☐ ja

6 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

7 Erklärung

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

G0512-00 DRV
Version 28016 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026