

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------



MSAT / MSNR

--

G0512

Erklärung der Versicherten / des Versicherten

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular G0510** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld erläutert. Sie können dieses Formular auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0512 ausfüllen.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / onkologische Nachsorgeleistung

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____
--

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

<p>Ich habe ein weiteres Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, bitte zusätzlich das Formular G0522 für jedes zusätzliche Versicherungsverhältnis ausfüllen.</p>

<p>Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> versicherungspflichtig beschäftigt und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Das Formular G0513 - Hinweise für den Arbeitgeber ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem Arbeitsentgelt im Übergangsbereich</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber. Das Formular G0513 ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Krankengeld als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

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

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

noch Ziffer 2

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen Krankentagegeld. Das **Formular G0513** ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgelt Daten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

und beziehe **Verletztengeld** von _____ Aktenzeichen: _____

und erhalte **Sachbezüge** bis _____ in Höhe von _____

monatlicher Betrag brutto

monatlicher Betrag netto

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 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 **Bürgergeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Bürgergeld**.

arbeitsunfähig krank seit _____ ausgereist seit _____ und beziehe **Arbeitslosengeld oder Bürgergeld**. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.

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 Personenhandels-gesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft und habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschafts-steuergesetz Gebrauch gemacht.

nein ja

Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)

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



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

--	--	--	--	--

3 **Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld**

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges 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 bin

pflichtversichert.

freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.

freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.

familienversichert.

Name der Krankenkasse

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.

4 **Angaben zu Kindern**

4.1 **Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes**

Ich habe

kein Kind.

ein leibliches Kind / Adoptivkind. 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.

nein ja

Falls ja,

Zahlstelle

Aktenzeichen

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

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

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

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.



