

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

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

## Erklärung der Versicherten / des Versicherten

# G0512

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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0512) ausfüllen.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum																					
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung																						
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																						

### 1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / onkologische Nachsorgeleistung

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____
--

### 2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

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

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung
<input type="checkbox"/> <b>versicherungspflichtig beschäftigt</b> und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Das <b>Formular G0513</b> - Hinweise für den Arbeitgeber ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.
<input type="checkbox"/> <b>arbeitsunfähig krank</b> seit: _____
<input type="checkbox"/> und beziehe <b>Entgeltfortzahlung</b> vom Arbeitgeber. Das <b>Formular G0513</b> ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.
<input type="checkbox"/> und beziehe <b>Krankengeld</b> von der gesetzlichen Krankenversicherung <b>als Pflichtversicherter oder als freiwillig Versicherter</b> . Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.
<input type="checkbox"/> und beziehe als Arbeitnehmer <b>Krankentagegeld</b> von einem privaten Versicherungsunternehmen. Das <b>Formular G0513</b> ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

noch Ziffer 2

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 \_\_\_\_\_ ausgesteuert seit \_\_\_\_\_ und beziehe **Arbeitslosengeld** (den Aufhebungsbescheid füge ich bei) **oder Bürgergeld**. Die erforderlichen Daten fordern wir 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 Personenhandelsgesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft und habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschaftssteuergesetz 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 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 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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

#### 4.2 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ich habe / hatte ein Kind (unabhängig vom Alter und Kindergeldanspruch). Bitte geeigneten **Nachweis** beifügen.

#### 5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft.

nein  ja

Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

nein  ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege. Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

nein  ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

nein  ja

#### 6 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

nein  ja

Falls ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.

#### 7 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaberin / Kontoinhaber

#### 8 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

