Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Erklärung der Versicherten / des Versicherten für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis G0522

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger **zusätzlich zum Formular G0512** zu übersenden.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Versicherungsverhältnis	

1 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

☐ **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.

☐ **arbeitsunfähig** krank seit: _____

☐ und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Das **Formular G0513** ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

☐ und beziehe **Krankengeld** von der gesetzlichen Krankenversicherung **als Pflichtversicherter oder als freiwillig Versicherter**. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.

☐ und beziehe als Arbeitnehmer **Krankentagegeld** von einem privaten Versicherungsunternehmen. Das **Formular G0513** ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten 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

G0522-00 DRV
Version 03003 - EGBL 6/2024 - Stand 12.11.2024

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **1**

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.

☐ **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

2 Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung

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.

3 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

G0522-00 DRV
Version 03003 - EGBL 6/2024 - Stand 12.11.2024