Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Erklärung für den Bezug von Übergangsgeld für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis G0522

Füllen Sie bitte das Formular G0522 **zusätzlich zum Formular G0512** aus und senden Sie es uns wenige Tage vor Beginn der Leistung zu.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person und zum Arbeitgeber

Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Versicherungsverhältnis

2 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

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 Ihrem Arbeitgeber das **Formular G0513** 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.

☐ 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

G0522-00 DRV
Version 05005 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

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

3 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.

4 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 05005 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026