Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

Deutsche Rentenversicherung

Erklärung für den Bezug von Übergangsgeld

G0532

Erläuterungen zu den hier gestellten Fragen finden Sie im **Formular G0530** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld. Füllen Sie bitte das Formular G0532 aus und senden uns dieses **wenige Tage vor Beginn der Leistung** zur Teilhabe am Arbeitsleben zu.

Sie können dieses Formular auch elektronisch ausfüllen auf:
www.deutsche-rentenversicherung.de/eantrag-g0532

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Beginn der Leistung 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 G0542** für jedes weitere Versicherungsverhältnis ausfüllen.

2.1 Arbeitslosigkeit

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

☐ und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid mit Anlagen füge ich bei. Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

☐ und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei. Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

☐ und erhalte **Grundsicherungsgeld**. Den Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

☐ und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Grundsicherungsgeld**. Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

G0532-00 DRV
Version 12012 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

2.2 Versicherungspflichtige Beschäftigung

☐ Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben **versicherungspflichtig beschäftigt**.
Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten Arbeitgeber vor. Dieser wird daraufhin die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

2.3 Arbeitsunfähigkeit

☐ Ich bin zu Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **arbeitsunfähig** krank seit: _____

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

☐ und beziehe als Arbeitnehmer **Krankentagegeld** von einem privaten Versicherungsunternehmen. Bitte legen Sie das **Formular G0533** Ihrem letzten 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 **Sachbezüge** bis _____ in Höhe von

monatlicher Betrag brutto

monatlicher Betrag netto

2.4 Selbständigkeit

☐ Ich bin zu Beginn der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben **selbständig erwerbstätig.**

Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt. ☐ nein ☐ ja

Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben 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): _____

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

3 Nachweis der beruflichen Qualifikation

Bezeichnung der Qualifikation

Meine höchste berufliche Qualifikation ist _____

Bitte Nachweis beifügen.

4 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

☐ nein ☐ ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.

5 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung während des Bezugs von Übergangsgeld

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

6 Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin Mitglied der

Name der Krankenversicherung

☐ gesetzlichen Krankenversicherung. _____

☐ privaten Krankenversicherung.

7 Angaben zu Kindern und Pflegebedürftigkeit

7.1 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Ich habe / hatte ein Kind.

☐ nein, weiter bei Ziffer 7.3 ☐ ja, weiter bei Ziffer 7.2. Einen **Nachweis** zum Beispiel Geburtsurkunde füge ich bei.

7.2 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

☐ Ich habe ein leibliches Kind / Adoptivkind.

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

Geburtsdatum

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

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.

G0532-00 DRV
Version 12012 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

7.3 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

8 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

9 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

G0532-00 DRV
Version 12012 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026