

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen (soweit bekannt)

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



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

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

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

# G0542

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger **zusätzlich zum Formular G0532** zu übersenden.

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

### 1 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

**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 füge ich bei. Das **Formular G0533** - Hinweise für den Arbeitgeber ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird 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. Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

**versicherungspflichtig beschäftigt**. Das **Formular G0533** ist dem letzten Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

**arbeitsunfähig** krank seit: \_\_\_\_\_

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 G0533** ist dem letzten 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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 1

Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben

**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 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 Mitglied der

Name der Krankenversicherung

gesetzlichen Krankenversicherung. \_\_\_\_\_

privaten Krankenversicherung.

## 2 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

