Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Erklärung für den Bezug von Übergangsgeld für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis G0542

Füllen Sie bitte das Formular G0542 **zusätzlich zum Formular G0532** 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 Arbeitslosigkeit

☐ 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 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.

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 Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben **arbeitsunfähig** krank seit: _____

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

G0542-00 DRV
Version 05005 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026

Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

noch Ziffer **2.3**

Ich bin zu Beginn der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben **arbeitsunfähig** krank

☐ 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 zum _____ in Höhe von monatlicher Betrag brutto _____ EUR monatlicher Betrag netto _____ EUR

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

3 Angaben zur Krankenversicherung

Ich bin Mitglied der

☐ gesetzlichen Krankenversicherung. Name der Krankenversicherung _____

☐ privaten Krankenversicherung.

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 _____

G0542-00 DRV
Version 05005 - EGBL 3/2026 - Stand 13.05.2026