Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Erklärung der Versicherten / des Versicherten

G0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrem Rentenversicherungsträger zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular G0510** - Wichtige Informationen zum Übergangsgeld erläutert.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke - erforderlich im Zusammenhang mit der Übergangsgeldzahlung	

1 Leistung zur medizinischen Rehabilitation / onkologische Nachsorgeleistung

Beginn der Rehabilitationsleistung am: _____

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

☐ **versicherungspflichtig beschäftigt** und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die **Formulare G0513** - Hinweise für den Arbeitgeber, **G0514** - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber, **G0515** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld und **G0518** - Bescheinigung der Krankenkasse sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

☐ Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem **Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone**.

☐ nein ☐ ja

Falls ja: Ich habe auf die Beitragsminderung in der Rentenversicherung verzichtet.

☐ nein ☐ ja

☐ **arbeitsunfähig** krank seit: _____

☐ und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Die **Formulare G0513, G0514 und G0515** sind dem Arbeitgeber und **Formular G0518** der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

☐ und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung. **Formular G0518** ist der Krankenkasse vorzulegen. Die **Formulare G0513, G0514** und **G0515** sind **nicht** dem Arbeitgeber vorzulegen.

☐ und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen. Die **Formulare G0513, G0514** und **G0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen, **Formular G0518** ist der gesetzlichen Krankenkasse vorzulegen.

☐ und beziehe **Verletztengeld** von _____ Aktenzeichen: _____

G0512-00 DRV
Version 18005 - AGDR 3/2017 - Stand 11.09.2017

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **2**

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.

☐ und erhalte **Arbeitslosengeld II**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

☐ und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Arbeitslosengeld II**.

☐ **arbeitsunfähig** krank seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe **Arbeitslosengeld**. **Formular G0518** ist der Krankenkasse vorzulegen.

☐ **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 gehöre **nicht** zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)

3 Versicherungspflicht zur Rentenversicherung, Krankenversicherung und zur Arbeitslosenversicherung während des Bezuges von Übergangsgeld

Ergibt die Prüfung, dass für die Dauer des Bezuges von Übergangsgeld keine Versicherungspflicht **in der Rentenversicherung** kraft Gesetzes besteht, beantrage ich hiermit die Versicherungspflicht.
Falls nicht gewünscht, bitte vorstehenden Text streichen.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **3**

Ich bin Mitglied der

☐ gesetzlichen Krankenkasse und bin

☐ pflichtversichert.

☐ freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.

☐ freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.

Name der Krankenkasse

_____

☐ privaten Krankenversicherung.

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert (Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

☐ nein ☐ ja, als ☐ Pflegeperson ☐ Selbständiger beziehungsweise ☐ Auslandsbeschäftigter

Beginn der Versicherungspflicht: _____

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

4 Angaben zu Kindern

4.1 Zur Feststellung der Höhe des Übergangsgeldes

Ich habe

☐ kein Kind.

☐ ein leibliches Kind / Adoptivkind. ☐ ein Pflegekind / Stiefkind und lebe mit ihm in häuslicher Gemeinschaft.

Name, Vorname des jüngsten Kindes	Geburtsdatum

Für mein Kind / eines meiner Kinder besteht ein Anspruch auf Kindergeld, unabhängig davon, wo das Kind lebt und wer das Kindergeld erhält.

☐ nein ☐ ja

Falls ja,

Zahlstelle	Aktenzeichen

Voraussichtliches Ende des Kindergeldanspruches

Bei volljährigen Kindern bitte Nachweis über den Anspruch auf Kindergeld beifügen.

4.2 Zur Feststellung des Beitragszuschlages für Kinderlose in der gesetzlichen Pflegeversicherung

☐ Ich habe / hatte ein Kind (unabhängig vom Alter und Kindergeldanspruch). Bitte geeigneten **Nachweis** beifügen.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

5 Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Ich lebe mit meinem Ehegatten / Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes in häuslicher Gemeinschaft.

☐ nein ☐ ja

Weil ich pflegebedürftig bin, kann mein Ehegatte / Lebenspartner eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben.
Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

☐ nein ☐ ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner bedarf selbst der Pflege.
Bitte entsprechende Nachweise beifügen.

☐ nein ☐ ja

Mein Ehegatte / Lebenspartner hat Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

☐ nein ☐ ja

6 Angaben zum Bezug einer Verletztenrente

Ich beziehe Verletztenrente der gesetzlichen Unfallversicherung

☐ nein ☐ ja

Falls ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen.

7 Überweisung des Übergangsgeldes

Bitte geben Sie unbedingt Ihre Bankverbindung an.

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

8 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