Knappschaft Bahn See

Antrag auf Gewährung eines Abschlags-ausgleichs

Gewährung eines Abschlagsausgleichs nach § 13 der Satzung der Seemannskasse

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Versicherungsnummer

Hinweis:
Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.kbs.de zur Verfügung.

1. Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		Ggf. Sterbedatum
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

2. Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von **Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.**

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		
In der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

3. Erklärung des Antragstellers

☐ Ich beantrage einen Abschlagsausgleich nach § 13 der Satzung der Seemannskasse, weil meine - beantragte - Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung um einen Abschlag gemindert ist.

Gemäß § 13 der Satzung erhält der Versicherte, bei dem die Rente wegen voller Erwerbsminderung bzw. die Altersvollrente aufgrund der vorzeitigen Inanspruchnahme gemindert ist, bis längstens zum Ablauf des Monats des Erreichens seiner Regelaltersgrenze die Differenz zwischen der geminderten und der ungeminderten Rente.

Vordr. 23005 4. 12 - II.2 - 0 - 1051

4. Zahlungsweg

Der Ausgleich soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut (Name, Ort)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

5. Sonstige Angaben

5.1 Beziehen Sie zusätzliche Versorgungsleistungen (z. B. Betriebsrenten, VBL, Renten aus Unterstützungskassen etc.) oder sind solche beantragt?

☐ nein ☐ ja Art der Versorgungsleistung mtl. Höhe der Leistung

EUR

5.2 Bei welcher Krankenkasse sind sie versichert? (Bitte in jedem Fall beantworten)

Name: _____

Versichertennummer: | | | | | | | | | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Datum, Unterschrift, Stempel der / des Aufnehmenden