

Antrag auf Beitragserstattung

Erstattung von Beiträgen zur Seemannskasse an Versicherte die von der Beitragspflicht nach § 27 Abs. 5 der Satzung der Seemannskasse befreit sind

 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 ggf. die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 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 des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		Frühere Namen
Geburtsdatum 	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl 	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Bestätigung der Personalstandsdaten zu Ziffer 1 Es lag vor <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass		Bestätigungsfeld _____ Stempel, Unterschrift, Datum

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 <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl 	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

3. Angaben zum Arbeitgeber

Name / Firma
Betriebs- / Beitragskonto-Nr. o. VG/z. VG

