

Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See  
Rentenversicherung  
45060 Essen

Eingangsstempel der Knappschaft-Bahn-See

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Sie erreichen Ihre Ansprechpartner/-innen unter:

Service-Telefon:

0800 1000 48080 (gebührenfrei)

E-Mail: [rentenversicherung@kbs.de](mailto:rentenversicherung@kbs.de)

Internet: [www.kbs.de](http://www.kbs.de)

### Antrag auf Gewährung einer Einmalzahlung

Gewährung eines einmaligen Abschlagsausgleichs nach § 14 der Satzung der Seemannskasse

**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).

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.kbs.de](http://www.kbs.de) zur Verfügung.

### 1. Angaben zur versicherten Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname (Rufname) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

frühere Namen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

Geschlecht  männlich  weiblich  ohne Eintrag  divers

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsort (Kreis, Land) \_\_\_\_\_

ggf. Sterbedatum

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl  Wohnort \_\_\_\_\_

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Person der Witwe/des Witwers/der hinterbliebenen Lebenspartnerin/des hinterbliebenen Lebenspartners/der Waise

(Angaben sind nur erforderlich, wenn die versicherte Person verstorben ist)

Name \_\_\_\_\_

Vorname (Rufname) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

frühere Namen \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag Monat Jahr)

Geschlecht  männlich  weiblich  ohne Eintrag  divers

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geburtsort (Kreis, Land) \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl  Wohnort \_\_\_\_\_

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

– weitere Berechtigte bitte ggf. auf einem Beiblatt aufführen –

## 3. Antragstellung durch andere Person

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 \_\_\_\_\_

Postleitzahl  Wohnort \_\_\_\_\_

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) \_\_\_\_\_



## 6. Sonstige Angaben

6.1 Beziehen Sie eine Hinterbliebenenleistung von einem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie Hinterbliebenenleistungen beantragt?

Nein  Ja

zahlende Stelle: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

6.2 Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? (Bitte in jedem Fall beantworten)

Name \_\_\_\_\_

## 7. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Offenbarung personenbezogener Daten an andere Leistungsträger und ihnen gleich gestellten Stellen zur Erfüllung sozialer Aufgaben zulässig ist (§ 35 SGB I, § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X). Einer nach dem SGB zulässigen Offenbarung von personenbezogenen Daten kann ich nach § 76 Abs. 2 SGB X widersprechen.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mich verpflichte, zu Unrecht in Empfang genommene Beträge unverzüglich zurückzuzahlen.

Für den Fall der unbaren Zahlung der Leistung verpflichte ich mich, der Seemannskasse unverzüglich jede Änderung, die die Zahlung beeinflusst, mitzuteilen und überzahlte Beträge der Seemannskasse zurückzuzahlen. Dazu beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der Seemannskasse zurückzuzahlen, soweit das Guthaben ausreicht. Der Antrag auf unbare Zahlung kann nur von mir – aber nicht von meinen Erben – bis zum 5. eines jeden Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Ferner ist mir bekannt, dass das Überbrückungsgeld beitragspflichtige Einnahme im Sinne der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ist. Ich werde meiner Kranken- und Pflegekasse den Bezug des Überbrückungsgeldes mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

### bei Antragsaufnahme durch sonstige Stelle

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der/des Aufnehmenden

**Erläuterung zur Berechnung:**

Abschlagsausgleichs-Einmalzahlung bei Erreichen der Regelaltersgrenze

(in 2025 und einer angenommenen Rentenminderung von 14,4 % = Zugangsfaktor 0,856)

Berechnungsformel (ohne Beiträge zur knappschaftlichen Rentenversicherung):

auszugleichende Entgeltpunkte x Umrechnungsfaktor

$$\frac{\text{auszugleichende Entgeltpunkte x Umrechnungsfaktor}}{\text{Zugangsfaktor}} \times 0,7 = \text{Einmalzahlung (Euro)}$$

Betrag der Minderung in Euro	entspricht Entgeltpunkte (akt. Rentenwert: 39,32 Euro)	Einmalzahlung in Euro (Umrechnungsfaktor: 9.391,6980)
5,00	0,1272	976,91
10,00	0,2543	1.953,06
25,00	0,6358	4.883,02
50,00	1,2716	9.766,05
75,00	1,9074	14.649,07
100,00	2,5432	19.532,10
150,00	3,8149	29.298,92
200,00	5,0865	39.064,97
250,00	6,3581	48.831,01
300,00	7,6297	58.597,06

Der Umrechnungsfaktor ergibt sich aus der Vervielfältigung des amtlich festgesetzten vorläufigen Durchschnittsjahresverdienstes aller Versicherten für 2025 (= 50.493,00 Euro) mit dem derzeit gültigen Beitragssatz zur Rentenversicherung von 18,6 %.

Beträgt der Rentenabschlag beispielsweise 7,2 % so ergibt sich der Ausgleichsbetrag durch Ansatz des Zugangsfaktors von 0,928 anstelle von 0,856, d. h. die Einmalzahlung vermindert sich.