

Versicherungsnummer



Erklärung der Versicherten / des Versicherten

CA0512

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrer Arbeitsgemeinschaft zu übersenden. Die Ziffern 2 und 4 bis 6 werden im **Formular CA0510** - 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

<p>Ich habe ein weiteres Beschäftigungsverhältnis beziehungsweise weitere versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse oder bin außerdem rentenversicherter Selbständiger</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Falls ja, bitte zusätzlich das Formular CA0522 für jedes zusätzliche Versicherungsverhältnis ausfüllen.</p>
--

<p>Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung</p> <p><input type="checkbox"/> versicherungspflichtig beschäftigt und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Das Formular CA0513 - Hinweise für den Arbeitgeber ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem Arbeitsentgelt im Übergangsbereich</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitsunfähig krank seit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber. Das Formular CA0513 ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.</p> <p><input type="checkbox"/> und beziehe Krankengeld als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.</p>

Versicherungsnummer

noch Ziffer 2

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen Krankentagegeld. Das **Formular CA0513** ist dem Arbeitgeber vorzulegen. Dieser wird die Entgeltdaten zur Berechnung des Übergangsgeldes elektronisch an uns übermitteln.

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

und erhalte **Sachbezüge** bis _____ in Höhe von _____

monatlicher Betrag brutto
monatlicher Betrag netto

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 **Bürgergeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der auszahlenden Stelle mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid füge ich bei.

und erhalte wegen fehlender Bedürftigkeit **kein Bürgergeld**.

arbeitsunfähig krank seit _____ ausgesteuert seit _____ und beziehe **Arbeitslosengeld oder Bürgergeld**. Erforderliche Daten fordern wir im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens von Ihrer Krankenkasse an.

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 bin Gesellschafter einer Personenhandelsgesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft und habe von der Möglichkeit des § 1a Körperschaftssteuergesetz Gebrauch gemacht.

nein ja

<input type="checkbox"/> Ich gehöre nicht zu den vorstehend genannten Personenkreisen.	Ich bin (zum Beispiel Hausfrau)
---	---------------------------------

Versicherungsnummer

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.

Ich bin Mitglied der

- gesetzlichen Krankenkasse und bin
- pflichtversichert.
 - freiwillig versichert mit Krankengeldanspruch.
 - freiwillig versichert ohne Krankengeldanspruch.
 - familienversichert.

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

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.

Versicherungsnummer

4.2 Zur Feststellung des Beitrags in der gesetzlichen Pflegeversicherung

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

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)	
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, der Arbeitsgemeinschaft jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten