

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

Eingangsstempel

## Antrag auf Versichertenrente

# R0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

- |                          |   |  |    |
|--------------------------|---|--|----|
| <input type="checkbox"/> | Rente wegen Erwerbsminderung  | Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen | 75 |
| <input type="checkbox"/> | Antragstellung aufgrund eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers im Anschluss an ein Rehabilitationsverfahren         |  |    |
| <hr/>                    |   |  |    |
| <input type="checkbox"/> | Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau   | Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen | 71 |
| <input type="checkbox"/> | Rente für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres   | Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen | 72 |
| <hr/>                    |   |  |    |
| <input type="checkbox"/> | Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners              | Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen | 45 |
| <input type="checkbox"/> | Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting | Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen | 45 |
| <hr/>                    |   |  |    |
| <input type="checkbox"/> | Regelaltersrente  |  | 16 |
| <hr/>                    |   |  |    |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für besonders langjährig Versicherte  |  | 65 |
| <hr/>                    |   |  |    |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für langjährig Versicherte  |  | 63 |

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

- |                          |  |                                    |    |
|--------------------------|--|------------------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für schwerbehinderte Menschen                    | Schwerbehinderung bitte nachweisen | 62 |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute |                                    | 19 |
| <input type="checkbox"/> | Knappschaftsausgleichsleistung                               | Vordruck R0230 bitte beifügen      | 10 |

Die Altersrente soll gezahlt werden als

- Vollrente   
  Teilrente bis 31.12.2022 entsprechend dem Hinzuverdienst  
 Teilrente in Höhe von  % (mindestens 10 %)

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
0 1		

## 2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

noch Ziffer 2

Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)			
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland			
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)			
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)			
Familienstand: <input type="checkbox"/> nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben) <input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend			
steuerliche Identifikationsnummer			

3 Antragstellung durch andere Personen  
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

#### 4 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname (Rufname)	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort

Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.

Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.

#### 5 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2												
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:												
<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
genaue Bezeichnung der Tätigkeit													
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn													
Anschrift													
zuständige Krankenkasse													



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/> <b>Beitragszeiten</b> genaue Bezeichnung der Tätigkeit	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn														
Anschrift														
zuständige Krankenkasse														
<input type="checkbox"/> <b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b> pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
zuständige Pflegekasse														
Geburtsdatum <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr></table>														
<input type="checkbox"/> <b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b> pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
zuständige Pflegekasse														
Geburtsdatum <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr></table>														
<input type="checkbox"/> <b>selbständige Tätigkeit</b>	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
<input type="checkbox"/> <b>selbständige Tätigkeit</b>	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?														
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen														
5.3 Haben Sie für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?														
<input type="checkbox"/> nein														
<input type="checkbox"/> ja,	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
Tag	Monat	Jahr												
Art der Leistung														
Nachweise <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht														



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for identification number

Beweismittel bitte beifügen

5.4 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

nein

ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als "berufliche Ausbildung" gekennzeichnet sind

Form for training period: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Form for completion date: Tag der Abschlussprüfung [Tag Monat Jahr]

Art der Berufsausbildung

Form for training period: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Form for completion date: Tag der Abschlussprüfung [Tag Monat Jahr]

Art der Berufsausbildung

Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

6 Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6

ja

6.2 Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

nein

Form for training period: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

6.3 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein  ja, vom 

	Tag		Monat		Jahr

 bis 

	Tag		Monat		Jahr

  
Staat

6.4 Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, bitte  
Vordruck V0710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien  
(beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),  
Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbajdschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan),  
Vordruck V0712 für Zeiten in Rumänien,  
Vordruck V0720 für Zeiten in Polen  
ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 6.6

6.5 Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

6.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

nein, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

6.5.2 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein  ja

6.6 Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?

nein  
 ja, vom 

	Tag		Monat		Jahr

 bis 

	Tag		Monat		Jahr

  
Beschäftigungsort

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

7 Anrechnungszeiten  
(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

7.1 Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein  ja, bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen

8 Angaben zu Kindern

8.1 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein  ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

8.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind / Adoptivkind  Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen  ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein  ja, Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine weitere Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen





Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

9.3 Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4

ja, bitte lesen Sie die Hinweise im Vordruck R4100, wenn Ihre Anrechte der gesetzlichen Rentenversicherung durch einen Versorgungsausgleich gekürzt worden sind oder Sie aufgrund eines Versorgungsausgleichs Beiträge gezahlt haben. Mit diesem Vordruck können Sie gleichzeitig einen Antrag zum Ausgleich von Härten stellen.

---

9.4 Haben Sie Zeiten nach dem Fremdrentengesetz zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurden?

nein  ja, bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten, Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn Sie in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet haben.

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 9.7

---

9.5 Ist eine zum Rentenantrag führende Erwerbsminderung / Schwerbehinderung ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen

---

9.5.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein

ja, am 

Tag	Monat	Jahr

 bei welcher Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

---

9.6 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)

nein, bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8  
bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9.6.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein

ja, am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11

9.7 Beitragspflichtige Einnahmen

9.7.1 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Arbeitsentgelt - auch aus geringfügiger Beschäftigung - oder Vorruhestandsgeld?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7.3

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

9.7.2 Soll Ihr Arbeitsentgelt für einen nahtlosen Übergang vom Erwerbsleben in die Rente hochgerechnet werden?

ja

nein, die Entgeltmeldung nach Beschäftigungsende soll abgewartet werden

9.7.3 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Sozialleistungen, zum Beispiel Krankengeld oder Arbeitslosengeld?

nein

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.10 Haben Sie die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?

nein  ja  eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen

bitte weiter bei Ziffer 10

9.11 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

9.11.1 Erhalten Sie Arbeitsentgelt? Hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit.

nein  ja

9.11.2 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

nein  ja

9.11.3 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)?

nein  ja

9.11.4 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

nein  ja

9.11.5 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja

9.11.6 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

\_\_\_\_\_

zahlende Stelle

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### 10 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

<b>10.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)</b>													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
<hr/> verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)													
<hr/> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Versicherungsnummer</td> <td>Geburtsdatum</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Versicherungsnummer	Geburtsdatum										
Versicherungsnummer	Geburtsdatum												
<b>10.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)</b>													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
<hr/> Aktenzeichen													
<hr/> Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)													
<hr/> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Unfalltag</td> <td>Jahr der Abfindung</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Unfalltag	Jahr der Abfindung										
Unfalltag	Jahr der Abfindung												
<b>10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse</b>													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
	zahlende Stelle												
<hr/> Aktenzeichen													



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10.3.1 Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein  ja

10.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; Verletzengeld ; Versorgungskrankengeld ; Überbrückungsgeld der Seemannskasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, Kurzarbeitergeld von Ihrem Arbeitgeber

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtigten Angehörigen Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.6

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.5.1 Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

10.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtignte Angehörige Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 10.9 Elterngeld von den Elterngeldstellen

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

### 10.10 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

### 10.11 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

10.12 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, vom	Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
beantragt am	Tag Monat Jahr
zahlende Stelle	
Aktenzeichen	
10.13 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsofopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, vom	Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr
beantragt am	Tag Monat Jahr
zahlende Stelle	
Aktenzeichen	
Art der Leistung	

11 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

11.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?
Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle
Anschrift
Die Meldung zur KVdR (Vordruck R0810)
<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> wurde weitergeleitet
11.2 Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

11.3 Beantragen Sie einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja

11.3.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein  ja

11.3.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung?

nein

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Anschrift

Land

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

11.3.3 Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, bitte Vordruck R0821 vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen

Vordruck R0821  ist beigelegt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

11.3.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im Vordruck R0821 einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens  
des / der Familienangehörigen

EUR

Cent



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein  ja, seit 

Tag	Monat	Jahr

 Versicherungsnummer 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_

## 12 Pflegeversicherung

12.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

nein

Name, Vorname des Kindes \_\_\_\_\_

ja

Geburtsdatum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind / Adoptivkind  Stiefkind  Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 16 bestätigt werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten beziehungsweise Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

## 13 Dokumentenzugang

### 13.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein De-Mail-Postfach eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.  
Meine De-Mail-Adresse lautet:
- \_\_\_\_\_

### 13.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

#### 14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 10 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Bei Antrag auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit / Erziehungsrente willige ich ein, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert.

Bei Antrag auf Altersrente willige ich ein, (sofern ich unter Ziffer 9.7.2 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum gegebenenfalls bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

Mir ist bekannt, dass sich eine Hochrechnung im Vergleich zu einer Berechnung der Rente auf Basis der tatsächlich erzielten Entgelte nachteilig auswirken kann. Das kann der Fall sein, wenn

- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum eine Entgelterhöhung lag oder
- in den letzten 12 Kalendermonaten vor dem Hochrechnungszeitraum für weniger als einen Kalendermonat zum Beispiel Krankengeld bezogen oder unbezahlter Urlaub in Anspruch genommen wurde oder
- im Hochrechnungszeitraum Einmalzahlungen (zum Beispiel Urlaubsgeld, Urlaubsabgeltung, Weihnachtsgeld, beitragspflichtige Abfindungen) erwartet werden oder
- sich im Hochrechnungszeitraum Entgelterhöhungen (zum Beispiel bei Tariferhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

Die hochgerechneten Entgelte werden der jetzt beantragten Rente dauerhaft zugrunde gelegt, auch wenn sich die Hochrechnung nachteilig auswirkt.

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung einer Schwerbehinderung zwar beantragt, das Feststellungsverfahren aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderung kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.



Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt) 
-------------------------	-------------------------------------

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, verpflichte ich mich darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte unverzüglich anzuzeigen:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich), und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

15 Anlagen

Möchten Sie zu Ihrem Rentenanspruch Unterlagen einreichen oder nachreichen, bitte Vordruck R0990 beifügen .

16	<b>Bestätigungsvermerk</b> Die Angaben zur Person (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch: <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde <input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass						
	Das Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen: <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes <input type="checkbox"/> Familienbuch / Familienstammbuch <input type="checkbox"/> _____						
	Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt. Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Tag</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Monat</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
	Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Tag</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Monat</td> <td style="text-align: center; padding-right: 5px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> unbefristet	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
	Es ist beigelegt:   						
_____ Dienststempel	_____ Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden						

