

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

1.1.1 Beginn der ausländischen Rente

Sie haben die Möglichkeit, die Altersrenten aus den einzelnen Staaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Anspruch zu nehmen.

Bitte beachten Sie:

Sofern Sie in Deutschland Sozialleistungen beziehen, kann der Bezug einer ausländischen Altersrente Einfluss auf den Anspruch oder die Höhe dieser Leistungen haben. Wir empfehlen Ihnen daher, sich vor Ihrer Entscheidung beim zuständigen Leistungsträger zu informieren.

Die Altersrente

Staat / Staaten

aus _____ soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt

Staat / Staaten

Tag Monat Jahr

aus _____ soll am _____

beginnen.

1.2 Zusätzliche Angaben bei einem Antrag auf **Invalidenrente** oder auf eine **sonstige Leistung**:

In Deutschland wurden

Zeiten als Beamter
Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Zeiten bei einem berufsständischen Versorgungswerk

Versorgungswerk

Aktenzeichen

Zeiten bei der Landwirtschaftlichen Alterskasse

Aktenzeichen

keine rentenrechtlichen Zeiten zu einem der oben genannten Systeme
zurückgelegt.

Tag Monat Jahr

Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert / Seit wann sind Sie arbeitsunfähig?

Ist die zum Rentenantrag führende **Erwerbsminderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Geschlecht			
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
Telefax		Telefon	
Familienstand			
<input type="checkbox"/> ledig			
<input type="checkbox"/> geschieden seit		Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit
		Tag Monat Jahr	
<input type="checkbox"/> verheiratet seit		Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit
		Tag Monat Jahr	
<input type="checkbox"/> verwitwet seit		Tag Monat Jahr	
		Tag Monat Jahr	
<input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft lebend seit		Tag Monat Jahr	
		Tag Monat Jahr	
<input type="checkbox"/> in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend seit		Tag Monat Jahr	
		Tag Monat Jahr	
<input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft aufgelöst seit		Tag Monat Jahr	
		Tag Monat Jahr	

3 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss
des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

5.2 Haben Sie **im Ausland** Beiträge zu einem Versicherungsträger beziehungsweise Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der Europäischen Union (EU) zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

6 Ehegatte / Eingetragener Lebenspartner

Sofern Sie verheiratet sind, eine Eingetragene Lebenspartnerschaft besteht oder Sie mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenleben, machen Sie bitte hier die erforderlichen Angaben.

Name	Vorname
Geburtsname	frühere Namen
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geburtsort (Kreis, Land)	
Geschlecht	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Rechtsstellung	
<input type="checkbox"/> Ehegattin / Ehegatte <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerin / Eingetragener Lebenspartner <input type="checkbox"/> in häuslicher Gemeinschaft lebend	

7 Angaben zu Kindern

Haben Sie Kinder?

nein ja

Kind 1

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Geschlecht	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 7

Kind 2	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Kind 3	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Kind 4	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort (Kreis, Land)
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	

8 Einkommen und sonstige Leistungen

8.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus?						
<input type="checkbox"/> nein						
<input type="checkbox"/> ja, es ist geplant, diese Beschäftigung <input type="checkbox"/> zum <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ </td></tr></table> zu beenden. <input type="checkbox"/> nicht zu beenden.	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr				
_	_	_ _				
8.2 Üben Sie eine selbständige Tätigkeit aus?						
<input type="checkbox"/> nein						
<input type="checkbox"/> ja, es ist geplant, diese selbständige Tätigkeit <input type="checkbox"/> zum <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> _ </td><td> _ </td><td> _ _ </td></tr></table> zu beenden. <input type="checkbox"/> nicht zu beenden.	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr				
_	_	_ _				



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

8.3	Beziehen Sie eine Sozialleistung oder haben Sie eine solche Leistung beantragt? Art der Sozialleistung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Träger, Aktenzeichen
------------	--

9 Weitere Anmerkungen

Haben Sie weitere Fragen oder Anmerkungen, die wir an den ausländischen Träger weitergeben sollen, so tragen Sie diese bitte hier ein.

10 Erklärung der antragstellenden Person

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.

Ich verpflichte mich, den ausländischen Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn Änderungen in den persönlichen Verhältnissen eintreten, die für die Entscheidung über diesen Rentenanspruch von Bedeutung sein könnten.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

11 Anlagen

bitte Vordruck R0990 beifügen

12 Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass
Die Angaben zu den Kindern (siehe Ziffer 7) werden bestätigt. Es hat vorgelegen:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / Familienstammbuch
<input type="checkbox"/> gültiger Personalausweis / Reisepass des Kindes	
Es ist beigefügt:	
<input type="checkbox"/>	
_____ Dienststempel Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden	

