

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel



**Deutsche  
Rentenversicherung**

## 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.

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	<b>75</b>
<input type="checkbox"/>	Antragstellung erfolgt wegen eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers zur Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	
<input type="checkbox"/>	Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	<b>71</b>
<input type="checkbox"/>	Rente für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>72</b>
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners	<b>Vordruck R0220 bitte beifügen</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b> <b>Vordruck R0660 bitte beifügen</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/>	Regelaltersrente	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>16</b>
<input type="checkbox"/>	Altersrente für besonders langjährig Versicherte	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>65</b>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>63</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für schwerbehinderte Menschen	<b>Schwerbehindertenausweis bitte beifügen Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>62</b>
<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute	<b>Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind</b>	<b>19</b>
<input type="checkbox"/> Knappschaftsausgleichsleistung		<b>10</b>

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente     Teilrente 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	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)	
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
frühere Namen	
Staatsangehörigkeit	
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit	
	Tag    Monat    Jahr
	bis <input type="text"/>



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

steuerliche Identifikationsnummer

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Geburtsort

Geschlecht  männlich  weiblich  ohne Eintrag  divers

Geburtsland

Wohnort in  Deutschland  einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Familienstand:

nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

Wohnsitz am 18.5.1990:

Ort

Bundesland, Staat

letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland):

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Zuzug aus dem Ausland?  nein  ja, am 

Tag	Monat	Jahr



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Der Zuzug erfolgte aus:

Ort, Gebiet, Staat

Der Zuzug erfolgte nach:

Ort

Bundesland

### 3 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name / Dienststelle

Vorname (Rufname)

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

gegebenenfalls Aktenzeichen

Wohnort in  Deutschland  einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter



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)	
<b>D E</b>	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name	
Vorname (Rufname)	
Straße, Hausnummer	
noch Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl, Wohnort	
noch Postleitzahl, Wohnort	

Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **Vordruck 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.**



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for license plate

**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)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2

ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

Form for contribution periods: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

**Beitragszeiten**  
genaue Bezeichnung der **Tätigkeit**

**Name des Arbeitgebers / Dienstherrn**

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

zuständige **Krankenkasse**

Form for contribution periods: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

**Beitragszeiten**  
genaue Bezeichnung der **Tätigkeit**

**Name des Arbeitgebers / Dienstherrn**

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

zuständige **Krankenkasse**



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<b>pflegebedürftige Person (Name)</b>											
Vorname (Rufname)											
Geburtsdatum											
zuständige <b>Pflegekasse</b>											
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<b>pflegebedürftige Person (Name)</b>											
Vorname (Rufname)											
Geburtsdatum											
zuständige <b>Pflegekasse</b>											
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<b>5.2</b> 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,	<b>bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen</b>							



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

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

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

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**

**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 7

ja

**6.2** 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, bitte weiter bei Ziffer 6.3

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen





--	--	--

**6.3** Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark, Griechenland 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, bitte weiter bei Ziffer 6.4  
 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, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten, **Vordruck V0711** für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten, **Vordruck V0712** für Zeiten in Rumänien, **Vordruck V0720** für Zeiten in Polen **ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 7

**6.5** Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7  
 ja

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

nein  ja, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**

## 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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**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, bitte weiter bei Ziffer 9

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis  leibliches Kind / Adoptivkind  Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen  ist beigefügt  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, bitte weiter bei Ziffer 9.2

ja

Versorgungsdienststelle

--

Aktenzeichen

--

**Festsetzungsblatt** über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.3

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

--

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

--

**9.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute**

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

nein  ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.3.2** 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 Photovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

nein  ja

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

nein  ja

**9.3.4** Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

nein  ja

**9.3.5** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja

**9.3.6** Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbseinkommen (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, bitte weiter bei Ziffer 9.5

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Grid for Versicherungsnummer

Grid for Kennzeichen

**9.4 Bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung**

**Bei Antrag auf Altersrente**

**9.4.1 Erzielen Sie bis zum Rentenbeginn beitragspflichtige Einnahmen?**

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4.2

ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt (gegebenenfalls auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld

bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

Die Anforderung der Gesonderten Meldung für eine Hochrechnung soll durch den Rentenversicherungsträger erfolgen.

Eine Hochrechnung soll unterbleiben (die Meldung zum Beschäftigungsende bitte abwarten).

Sozialleistung (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld)

bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen

nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens

bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

**pflegebedürftige Person (Name)**

Vorname (Rufname)

Geburtsdatum



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.4.2** Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?

nein  ja, **Erklärung (Vordruck R0230)**  ist beigefügt  wird nachgereicht

**Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4.4

ja,  eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt; bitte weiter bei Ziffer 9.4.4

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
_	_	_ _

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze oder Knappschaftsausgleichsleistung**

**9.4.4** Werden Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einkünfte erzielen?

- Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit)

nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Photovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)

nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)

nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

**Erklärung (Vordruck R0230)**  ist beigefügt  wird nachgereicht

**Bei Antrag auf Regelaltersrente, wenn Sie die Wartezeit nicht erfüllen**

**9.4.5** Möchten Sie freiwillige Beiträge nachzahlen, weil Sie die Wartezeit für die Regelaltersrente trotz anzurechnender Kindererziehungszeiten nicht erfüllen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.5

ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for license plate

9.4.6 In welcher Höhe möchten Sie Beiträge zahlen?

Höchstbeitrag  Regelbeitrag  halber Regelbeitrag  Mindestbeitrag

monatlicher Beitrag in Höhe von

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6

ja

9.5.1 Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch?

1. Ehe / Lebenspartnerschaft  nein  ja  nicht bekannt

Name  
Grid

Vorname (Rufname)  
Grid

Geburtsdatum  
Grid

2. Ehe / Lebenspartnerschaft  nein  ja  nicht bekannt

Name  
Grid

Vorname (Rufname)  
Grid

Geburtsdatum  
Grid

3. Ehe / Lebenspartnerschaft  nein  ja  nicht bekannt

Name  
Grid

Vorname (Rufname)  
Grid

Geburtsdatum  
Grid



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.5.2** Haben Sie im Versorgungsausgleich Anrechte aus einem der nachstehend genannten Alterssicherungssysteme erworben, aus denen Sie derzeit noch **keine Leistung** beziehen können (**Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung, Alterssicherung der Landwirte, Versorgung der Abgeordneten und Regierungsmitglieder**)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6

ja

Name des Versorgungsträgers

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen

**9.6** Ist die zum Rentenanspruch führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7

ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**9.7** 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, bitte weiter bei Ziffer 9.8

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

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







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**10.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)**

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.3

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 Jahr der Abfindung 

--	--	--

**10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse**

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**10.3.1 Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?**

nein  ja

**10.4 Übergangsgeld** von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld** von der Berufsgenossenschaft; **Versorgungskrankengeld** vom Versorgungsamt; **Überbrückungsgeld** der Seemannskasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.5

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**10.8 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.9

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.9 Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.10

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**10.10 Elterngeld** von den Elterngeldstellen

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.11

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**10.11 Leistungen** von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.12

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.12 Ausbildungsförderung** nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung  
- Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.13

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**bei Hochschulbesuch:** Name des zuständigen Studentenwerks

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

**10.13 Jugendhilfe** vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.14

ja

vom 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 beantragt am 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

zahlende Stelle

Aktenzeichen



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

**10.14 Sonstige Leistungen** (zum Beispiel Kriegsopferfürsorge, nach dem Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen - Unterhaltssicherungsgesetz, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

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

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

ist beigefügt    wird nachgereicht    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?

nein    ja

**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





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?**

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

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, bitte weiter bei Ziffer 13

ja

Name des Kindes

Vorname (Rufname)

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:

De-Mail
noch De-Mail



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### 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)

### 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 Erwerbsersatzekommen 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 9.4.1 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.





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

**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.

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 und die Schweiz) 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



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 15 Anlagen

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

## 16 Bestätigungsvermerk

Die **Angaben zur Person** (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde  gültigen Personalausweis  gültigen Reisepass

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes  Familienbuch / Familienstammbuch

Es ist beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

