

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel



Deutsche
Rentenversicherung

Verkürzter Antrag auf Versichertenrente

R0110

Bitte nur verwenden, wenn bereits eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, eine Knappschaftsausgleichsleistung oder eine Erziehungsrente gezahlt wird

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. 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 zur Verfügung.

Bisher gezahlte Rente / Versicherungsträger

1 Beantragte Rente

Auf die nachstehenden Renten besteht kein Anspruch, wenn bereits eine Altersrente gezahlt wird.

<input type="checkbox"/>	Rente wegen voller Erwerbsminderung	Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen	75
<input type="checkbox"/>	Antragstellung erfolgt wegen eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers zur Umdeutung des Antrags auf Leistungen zur Teilhabe	Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind	
<input type="checkbox"/>	Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach Ausscheiden aus einer in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherten Beschäftigung		74
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners	Vordruck R0220 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind	45
<input type="checkbox"/>	Regelaltersrente	Vordruck R0660 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/>	Altersrente für besonders langjährig Versicherte	Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind	16
<input type="checkbox"/>		Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind	65



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

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

Die Altersrente soll gezahlt werden als

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

Tag	Monat	Jahr
0 1		

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
Familienstand			
<input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend		<input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

4 Beitragszeiten

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Haben Sie Beitragszeiten zurückgelegt, die bisher nicht berücksichtigt worden sind (zum Beispiel als geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vom - bis _____ Versicherungsträger (auch im Ausland)
4.2 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als "berufliche Ausbildung" gekennzeichnet sind
vom - bis _____ Tag der Abschlussprüfung
_____ Art der Berufsausbildung
vom - bis _____ Tag der Abschlussprüfung
_____ Art der Berufsausbildung
Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)
<input type="checkbox"/> sind beigefügt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht
4.3 Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
vom - bis _____ Staat

5 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die bisher nicht berücksichtigt worden sind?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6 Angaben zu Kindern

6.1 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

6.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992)?

vom - bis

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen ist beigelegt liegt nicht vor wird nachgereicht

7 Sonstige Angaben

7.1 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung

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

nein ja

7.1.2 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

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

nein ja

7.1.4 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

nein ja

7.1.5 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein ja

7.1.6 Beziehen Sie Verletztengeld, Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung, 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.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

7.2 Bei Antrag auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung nach Ausscheiden aus einer in der knappschaftlichen Rentenversicherung versicherten Beschäftigung

7.2.1 Wann endete Ihr knappschaftlich versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis?

am

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

7.2.2 Sind Sie arbeitsunfähig krank, gegebenenfalls seit wann?

nein ja, seit

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

7.2.3 Sind Sie arbeitslos?

nein ja, seit

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

Meldung als Arbeitsuchender bei der Agentur für Arbeit (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

7.3 Bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung

Bei Antrag auf Altersrente

7.3.1 Erzielen Sie bis zum Rentenbeginn beitragspflichtige Einnahmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.3.2

ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt (gegebenenfalls auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

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

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

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

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name / Anschrift / Aktenzeichen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer **7.3.1**

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

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

pflegebedürftige Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)

7.3.2 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

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

nein ja, eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt; bitte weiter bei Ziffer 7.3.4

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze oder Knappschaftsausgleichsleistung

7.3.4 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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.5

ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

7.4.1 Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch?

1. Ehe / Lebenspartnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum

Der frühere Ehegatte / Lebenspartner lebt noch: nein ja nicht bekannt

2. Ehe / Lebenspartnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum

Der frühere Ehegatte / Lebenspartner lebt noch: nein ja nicht bekannt

3. Ehe / Lebenspartnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum

Der frühere Ehegatte / Lebenspartner lebt noch: nein ja nicht bekannt

7.4.2 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**)?

Name, Anschrift des Versorgungsträgers

nein ja

Aktenzeichen

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

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

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

am

nein ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

7.6 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, bitte weiter bei Ziffer 7.7

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

am
 nein ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

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

nein ja, **bitte Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten gearbeitet haben

7.8 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet - Berufliches Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie einen entsprechenden Antrag bei der Rehabilitierungsbehörde gestellt?

nein ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde

ist beigefügt liegt nicht mehr vor wird nachgereicht wurde bereits vorgelegt

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

8 **Andere Leistungen**

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

8.1 **Hinterbliebenenrente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

zahlende Stelle

Versicherungsnummer

verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)

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

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Unfalltag

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

Jahr der Abfindung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.4

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

8.3.1 Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein ja

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

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

8.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.6

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

8.5.1 Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8.11 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

8.12 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle (bei Hochschulbesuch: Name, Anschrift des zuständigen Studentenwerks)

_____ Aktenzeichen

8.13 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

8.14 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)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

9.1 Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

seit

nein ja

Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung

Anschrift

10 Dokumentenzugang

10.1 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:

10.2 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)

11 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 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 Erwerbserstatzeinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 8 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.



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

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 7.3.1 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.

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 Tarifierhöhung 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.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich die Aufnahme einer knappschaftlich versicherungspflichtigen Beschäftigung sofort der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See mitteilen werde.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

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

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

