

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

## Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute über den Wegfallmonat hinaus

# R0120

**Dieser Antragsvordruck ist nur zu verwenden, wenn bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau auf Zeit geleistet 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](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.

### 1 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		

### 2 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		



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 3 Zusätzliche Angaben zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

#### 3.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus?

vom - bis / seit

nein  ja

genaue Anschrift des Arbeitgebers

Art und Umfang der Beschäftigung (Tage pro Woche, Stunden täglich)

#### 3.2 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter als arbeitsuchend gemeldet?

seit

nein  ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

#### 3.3 Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?

vom - bis / seit

nein  ja

Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit (Tage pro Woche, Stunden täglich)

#### 3.4 Haben Sie einen Hausarzt?

Name, Vorname

nein  ja

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

#### 3.5 Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs bei weiteren Ärzten in **ambulanter** Behandlung?

**Name, Vorname**

nein  ja

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 3.5

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

**Name, Vorname**

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**3.6** Waren Sie seit der letzten Feststellung des Rentenanspruchs in **stationärer** Krankenhausbehandlung oder ist eine solche Behandlung vorgesehen?

nein  ja

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

**Name des Krankenhauses**

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**3.7** Haben sich die Krankheitsmerkmale geändert?

Änderung bitte angeben

nein  ja

**3.8** Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) erbracht worden?

Ort

nein  ja

Kostenträger, Aktenzeichen

vom - bis

**3.9** Haben Sie zurzeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) beantragt?

bei welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.10** Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.11** Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

von welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen

am

**3.12** Haben Sie während des Rentenbezugs die Feststellung / Verlängerung einer Schwerbehinderung oder die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung beantragt?

am

nein  ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**Schwerbehindertenausweis, Anerkennungsbescheid oder Ablehnungsbescheid**

ist beigefügt  liegt noch nicht vor  wird nachgereicht



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**3.13** Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R0215** einzubringen.

**3.14** Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbseinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit, Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, 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

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

nein  ja

**3.16** 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

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

nein  ja

**3.18** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein  ja

**4 Andere Leistungen**

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

**4.1 Krankengeld** von einer Krankenkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**4.2 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.

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung

**4.3 Unterhaltshilfe** nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**4.4 Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**4.5 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

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

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

\_\_\_\_\_ zahlende Stelle

\_\_\_\_\_ Aktenzeichen

\_\_\_\_\_ Art der Leistung



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

#### 4.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

#### 4.7 Elterngeld von den Elterngeldstellen

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein  ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

#### 4.8 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, Versorgungsleistungen 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

### 5 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

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

seit

nein  ja

Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung

Anschrift





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 6 Dokumentenzugang

### 6.1 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:

---

### 6.2 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)

## 7 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.

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags 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 Erwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

## 8 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

## 9 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).



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

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

**Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 10.

## **10 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

### **10.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten**

**Ich willige ein**, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Gelegenheit nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

**Ich willige ein**, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Für den Fall, dass meine gesundheitlichen Einschränkungen auf einem schädigenden Ereignis beruhen, an dem ein Dritter beteiligt war, und vom Rentenversicherungsträger zu prüfen ist, ob die in diesem Zusammenhang entstandenen beziehungsweise entstehenden Kosten vom Schadensverursacher zu erstatten sind (Einleitung eines Regressverfahrens), **willige ich ein**, dass die Deutsche Rentenversicherung die im laufenden Verfahren anfallenden ärztlichen Gutachten / Befundberichte, Krankheitsberichte (Krankengeschichte) und Röntgenaufnahmen, die von der Rentenversicherung erstellten Entlassungsberichte sowie die von mir beigefügten beziehungsweise bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen, soweit es für die Durchsetzung von Schadensersatzforderungen erforderlich ist, dem Ersatzpflichtigen (zum Beispiel dem Schädiger oder seiner Haftpflichtversicherung) zur Einsichtnahme überlässt, um den Zusammenhang zwischen dem Schadensereignis und den Regressansprüchen nachzuweisen (§§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 116, 119 SGB X).

**Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



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

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen mangelnder Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

**Hinweis:** Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 10.2.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Rentenberechtigten

**10.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten**

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigelegt

wird nachgereicht

**11 Anlagen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dienststempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

