Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Beantragte Rente

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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

noch Ziffer **1**

☒ Altersrente für schwerbehinderte Menschen **Schwerbehinderung bitte nachweisen** **62**

☒ Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute **19**

☒ Knappschaftsausgleichsleistung **10**

Die Altersrente soll gezahlt werden als

☐ Vollrente ☐ Teilrente entsprechend dem Hinzuverdienst

☒ Teilrente in Höhe von 4 5 % (mindestens 10 %)

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
0 1	g d	f g 5 4

2 Angaben zur Person

Name 6sd54f65s4df56s4		Vorname (Rufname) 654f6g54
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) 654dfg564	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) 654fg564df654g	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) 654df56g456df4
Geburtsname 654df564g65d4fg54		frühere Namen 654df65g46d5f4
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf) 65465df4g654dfg654		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de) 65465gh4f6g54h564fgh
Geburtsdatum 6 5 g h	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☒ divers	
Geburtsort 654gh654dfg654dfg		Geburtsland 5dfg46d54fg6
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) 56df4g65d4fg654		
Straße, Hausnummer 654df65g4d65f4g65		
Adresszusatz 654df5g46df54g		
Postleitzahl 6 5 d f g	Wohnort 654h654dfg654df654	
Land 6565df4g65d4fg564		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) 65465df4g65d4fg		Telefax (Angabe freiwillig) 65d65fg46d54fg654df

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

noch Ziffer **2**

Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) 5646gf54df65g4d6f54g			
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland 654df654gd56f4g65df4g65df			
Zuzug aus dem Ausland? ☐ nein ☒ ja, am	Tag Monat Jahr 6 5 4 d f g 6 5		
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat) 654dfg564d6f5g4d6f54			
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland) 654d56f4g65d4fg65d4fg54			
Familienstand: ☐ nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben) ☒ verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend			
steuerliche Identifikationsnummer 6 5 d f 4 g 6 5 4 d f			

3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen) 65df4g654df56g4dfg654		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) 654df6g54d65f4g	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) 6546df5g46d5f4	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) 6546df54g65d4f
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☒ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer 65fd4g65d4fg654dgf564		
Adresszusatz 564654fg54dfg564		
Postleitzahl 6 5 4 d f	Wohnort 654d6f5g465df4g65d4f	
Land 654df65g4d65f4g564		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) 564df65g4d65f4g	Telefax (Angabe freiwillig) 65465fg4d65f4g65d4fg564	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

4 Zahlungsweg

☐ Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

IBAN (International Bank Account Number)

D E 6 5 4 d f g 6 5 4 d f 5 6 g 4

Name des Geldinstituts

65465gf4df56g4

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name, Vorname (Rufname)

65df56g4df564g

Straße, Hausnummer

654fd56g465df4g564

Adresszusatz

564df564g6d5f4g

Postleitzahl	Wohnort
6 5 4 d f	654dfg564df6g45

☒ 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.**

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:

☒ **Beitragszeiten** vom (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f g h 6 5 bis (Tag Monat Jahr) 6 5 4 d f 6 5 g

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

654dgf564d6f5g465

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

654dfg654d6f54

Anschrift

654d65f4g65d4fg

zuständige Krankenkasse

654654g6df54g6d5f4g56

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

noch Ziffer **5.1** **Beweismittel bitte beifügen**

☒ **Beitragszeiten** vom Tag Monat Jahr 6 5 4 g h bis Tag Monat Jahr 6 5 4 h g 6 5

genaue Bezeichnung der Tätigkeit
64df6g54df65g465

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn
654fg654dfg654

Anschrift
q646gf5h46df54g

zuständige Krankenkasse
654df6546df54g6d5f4g

☒ **nicht erwerbsmäßige Pflege** vom Tag Monat Jahr 6 f 5 d 4 g 5 bis Tag Monat Jahr 6 5 4 d f 6 g 5

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)
4df65g46d5f4g65

Geburtsdatum 6 5 4 d f g 6 5

zuständige Pflegekasse
65fg654fd6g54

☒ **nicht erwerbsmäßige Pflege** vom Tag Monat Jahr 6 5 f 4 d g 6 5 bis Tag Monat Jahr 6 5 4 d f g 5 6

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)
6546f5g4654

Geburtsdatum 6 5 4 g h 6 5 4

zuständige Pflegekasse
665gh465f4gh654fgh564

☒ **selbständige Tätigkeit** vom Tag Monat Jahr 6 5 4 f d g 6 5 bis Tag Monat Jahr 6 5 f 6 5 g

☒ **selbständige Tätigkeit** vom Tag Monat Jahr 6 5 f g 4 bis Tag Monat Jahr 6 5 4 f g 6 5 4

5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein ☒ 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)?

☐ nein

☒ ja, vom Tag Monat Jahr 6 f g 5 4 d f bis Tag Monat Jahr 6 5 4 f g 5 6 4

Art der Leistung
65fg46df54g65d4f

Nachweise ☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☒ werden nachgereicht

Versicherungsnummer: h 5 6 f g h 6 5 4 f g h

Kennzeichen (soweit bekannt): 6 5 4 g

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

vom (Tag Monat Jahr) 6 5 4 d f g 5 6 bis (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f d g 6 5

Tag der Abschlussprüfung (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f g 6 5

Art der Berufsausbildung

654f6g546d5f4g56

vom (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f g 6 5 4 bis (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f 6 5 g 6

Tag der Abschlussprüfung (Tag Monat Jahr) 5 4 f g 6 5 4

Art der Berufsausbildung

654gf654dfg654

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

☒ ja, vom (Tag Monat Jahr) 6 5 d f 4 g 6 5 bis (Tag Monat Jahr) 6 5 4 f 6 5 g

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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, Aserbaidschan, 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, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6

☐ 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**

6.6 Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sonderversorgungssystem 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)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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 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 ☐ ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

☐ ist beigefügt ☐ 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

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.3
bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.4

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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

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 Fotovoltaik, 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 Erwerbsersatzeinkommen (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

bitte weiter bei Ziffer 9.5

Versicherungsnummer

h 5 6 f g h 6 5 4 f g h

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 5 4 g

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

Anschrift

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)

Geburtsdatum

noch Ziffer **9.4.1**

☐ Übergangsgebührnisse der Bundeswehr

☐ bis zum Rentenbeginn ☐ voraussichtlich nur bis Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen

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 ☐ ja, ☐ eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt

☐ 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 Fotovoltaik, 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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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, Vorname (Rufname)

Geburtsdatum

2. Ehe / Lebenspartnerschaft ☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

Name, Vorname (Rufname)

Geburtsdatum

3. Ehe / Lebenspartnerschaft ☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

Name, Vorname (Rufname)

Geburtsdatum

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

☐ ja

Name des Versorgungsträgers

Anschrift

Aktenzeichen

9.6 Ist die zum Rentenantrag 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

☐ 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**

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

☐ nein

☐ ja, am Tag Monat Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

9.8 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.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

10 Andere Leistungen

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

10.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)

Versicherungsnummer Geburtsdatum

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

☐ nein

☐ 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 Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

☐ nein ☐ ja

10.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld**; **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 **unterhaltsberechtigte Angehörige** 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 Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

☐ nein ☐ ja

10.6 Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.7 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

10.8 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte 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

Versicherungsnummer

h 5 6 f g h 6 5 4 f g h

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 5 4 g

10.9 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.10 Elterngeld von den Elterngeldstellen

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.11 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

Versicherungsnummer

h 5 6 f g h 6 5 4 f g h

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 5 4 g

10.12 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

10.13 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.14 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsopferfürsorge, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - 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

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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)**

☐ 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

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

☐ ja

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

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 beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

Versicherungsnummer

h 5 6 f g h 6 5 4 f g h

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 5 4 g

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

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

☐ ja

Name, Vorname des Kindes

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)

14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden 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 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 Erwerbsersatzeinkommen 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)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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, 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 Rentenantrag Unterlagen einreichen oder nachreichen, **bitte Vordruck R0990 beifügen**.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
h 5 6 f g h 6 5 4 f g h	6 5 4 g

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

☐ _____

Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.

Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: Tag Monat Jahr

Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: Tag Monat Jahr ☐ unbefristet

Es ist beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden