Stand: 01.01.2025

Vordrucke

Einführungsseminar 1 - Bund

Antragsvordrucke aus dem Versicherungsrecht

- 1 V0510 Bescheinigung für Zwecke der gesetzlichen Rentenversicherung über Zeiten des Schulbesuchs, Fachschulbesuchs, Fachhochschulbesuchs oder Hochschulbesuchs
- 2 V0100 Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)
- 3 V0410 Fragebogen für Anrechnungszeiten
- 4 V0800 Antrag auf Feststellung von Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung

Antragsvordrucke aus dem Rentenrecht

- 5 R0100 Antrag auf Versichertenrente
- 6 R0210 Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung
- 7 R0810 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

Versich	erung	gsnur	nme	r					ennz owei		en kannt))
		1	1	1	ı		ı	П	ī	ī	1	

Bescheinigung für Zwecke der gesetzlichen Rentenversicherung über Zeiten des Schulbesuchs, Fachschulbesuchs, Fachhochschulbesuchs oder Hochschulbesuchs

V0510

- auszustellen durch Schule, Fachschule, Fachhochschule oder Hochschule -

Bei Zeiten des Schulbesuchs dem Träger der Krankenversicherung vorlegen, der die bescheinigten Zeiten nach § 39 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) dem Träger der Rentenversicherung zu melden hat. Bei Zeiten des Fachschulbesuchs, Fachhochschulbesuchs und Hochschulbesuchs unmittelbar dem zuständigen Rentenversicherungsträger vorlegen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen	(Beispiel: von, van, de	e) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum Geschlec	ht männlich	weiblich	ohne Eintrag divers
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Sta	aatsangehörigkeit bis)		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		Тє	lefon
Adresszusatz		Тє	lefax
Postleitzahl Wohnort		1	
2 Die versicherte Person absol	vierte nach dem vo	llendeten 17. Le	bensjahr
eine überwiegend allgemeinbilde	nde schulische Aus	bildung (Schulbes	such)
eine berufsbildende schulische A	usbildung (Fachsch	ulbesuch)	
eine akademische Ausbildung (F Fachrichtung / Bezeichnung der Ausbildung	achhochschule / Ho	chschule)	
Name der Ausbildungsstätte, Ort			
Tag Monat Jar Zeitraum vom	r Tag	Monat Jahr	



Kennzeichen Versicherungsnummer
3 Bei Fachschulbesuch
3.1. War die Fachschulausbildung auf mindestens 6 Monate mit Ganztagsunterricht angelegt (Halbjahreskurs)?
ja, bitte weiter bei Ziffer 4
nein, bitte weiter bei Ziffer 3.2
3.2. Umfasste die Ausbildung laut Ausbildungsplan mindestens 600 Unterrichtsstunden?
ja, bitte weiter bei Ziffer 4
nein, bitte weiter bei Ziffer 6
4 Bei Fachschulbesuch, Fachhochschulbesuch oder Hochschulbesuch
4.1. Wurde die Ausbildung durch ein Urlaubssemester unterbrochen?
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja, Zeitraum vom Julius bis Grund
noin noin
nein 4.2. Wurde die Ausbildung mit einer Abschlussprüfung beendet?
als
ja,
Tag Monat Jahr
Datum der Prüfung
nein, letzter Unterrichtstag, falls eine Abschlussprüfung nicht vorgesehen ist oder nicht
Tag Monat Jahr
abgelegt wurde
5 Bei Promotion
Fachrichtung
Tag Monat Jahr
Datum der Promotion
6 Bestätigung
Ort, Datum
Stempel der Ausbildungsstätte Unterschrift



Erläuterungen

Zeiten des Besuchs einer Schule, Fachschule oder Hochschule nach dem vollendeten 17. Lebensjahr können als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden.

Schulbesuch

Schulbesuch liegt beim Besuch von allgemeinbildenden öffentlichen und privaten Schulen (zum Beispiel Hauptschule, Realschule oder Gymnasium) vor.

Einzutragen ist die Zeit vom Beginn des Schulbesuchs - frühestens ab dem vollendeten 17. Lebensjahr - bis zum Zeitpunkt der Aushändigung des letzten Zeugnisses (zum Beispiel Reifezeugnis, Abschlusszeugnis); bei einem Abbruch der letzte Tag des Schulbesuchs.

Fachschulbesuch

Fachschulausbildung ist eine **berufsbildende Ausbildung** mit überwiegend **theoretischem Unterricht in schulischer Form**.

Wurde sowohl theoretischer Unterricht erteilt als auch eine praktische Ausbildung durchgeführt, durch die der theoretische Unterricht unterstützt und ergänzt wurde, muss im Rahmen der Gesamtausbildung der theoretische Unterricht zeitlich überwogen haben. Hierbei ist fachpraktischer Unterricht, der an der Fachschule selbst durch Lehrkräfte für Fachpraxis erteilt wird, dem schulisch-theoretischen Unterricht zuzuordnen. Nur wenn der theoretische Unterricht zeitlich überwogen hat, ist die Ausbildung insgesamt (theoretischer Unterricht und praktische Ausbildung) als Fachschulausbildung zu bescheinigen.

Die Ausbildung muss **mindestens 6 Monate** (Halbjahreskurs) gedauert und dabei Zeit und Arbeitskraft des Fachschülers mehr als 20 Stunden wöchentlich in Anspruch genommen haben. Fachschulbesuch liegt auch vor, wenn es sich um einen länger als 5 Kalendermonate andauernden planmäßigen Vollzeitunterricht handelt, der als Halbjahreskurs anzusehen ist oder wenn der Fachschulbesuch nur deshalb nicht volle 6 Monate umfasst, weil am Beginn und / oder Ende des jeweiligen Kurses arbeitsfreie Tage (Samstag, Sonntag, Feiertag) oder Ferienzeiten lagen. Im Übrigen sind Ausbildungen von weniger als 6 Monaten Fachschulbesuch, wenn sie mindestens 600 Unterrichtsstunden umfasst haben.

In die Bescheinigung ist die Zeit vom Beginn des Fachschulbesuchs bis zum Tag der bestandenen Abschlussprüfung einzutragen, bei einem Abbruch der letzte Tag des Fachschulbesuchs.

Fachhochschulbesuch beziehungsweise Hochschulbesuch

Zeiten der Hochschulausbildung sind Zeiten, in denen als **ordentliche Hörer immatrikulierte Studenten** an einer Fachhochschule, Hochschule oder Universität einen geregelten Ausbildungsgang durchlaufen haben, der auf den **Erwerb eines akademischen Grades** ausgerichtet war.

Zu bescheinigen ist die Zeit vom Beginn des 1. Semesters bis zum Tag der bestandenen Abschlussprüfung (zum Beispiel Bachelorprüfung, Masterprüfung, Staatsexamen), bei einem Abbruch der letzte Tag des Fachhochschulbesuchs beziehungsweise Hochschulbesuchs. Eine Promotionszeit nach einer das Hochschulstudium abschließenden Prüfung ist keine Anrechnungszeit.

Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme

Auch die Teilnahme an einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme kann als Anrechnungszeit anerkannt werden. Diese Zeiten sind durch eine besondere Bescheinigung (Vordruck V0511) nachzuweisen.





Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)

V0100

Hinweis: Um Ihr Versicherungskonto überprüfen und ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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 erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

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.

Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0110).

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name		Vorname				
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namer	n (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. me	d.)		
Geburtsname		frühere Namen				
Geburtsdatum						
Geschle	echt männlic	h weiblich	ohne Eintrag	divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere S	taatsangehörigkeit bis)					
Geburtsort (Kreis, Land)						
Straße, Hausnummer						
Adresszusatz						
Postleitzahl Wohnort						
Telefon		Telefax				
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Sta	at)	letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)				



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
noch Ziffer 1		Tag Monat Jahr	
Zuzug aus dem Aus	land?	am	
Zuzug erfolgte aus (Ort, G			
Zuzug erfolgte nach (Ort, E	Bundesland)		
2 Antragstellung Der Antrag wird in Ve	g durch andere Personen rtretung gestellt von		macht oder Beschluss des ichts bitte beifügen
Name, Vorname / Dienstst	elle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
in der Eigenschaft al	s		
gesetzlicher Ve		Betreuer Bevollmächtigte	r
Straße, Hausnummer	rtietei 🔛 voimuna 🔛	betreder <u></u> bevolimachtigte	<u> </u>
Adressationta			
Adresszusatz			
Postleitzahl Wohr	nort		
Telefon		Telefax	
3 Beitragszeiter (für Zeiten und Sachv	n im Inland verhalte im Beitrittsgebiet bis 31.1	12.1991 siehe Ziffer 3.2) E	Beweismittel bitte beifügen
3.1 Haben Sie Beit		zeiten zurückgelegt, die im Versich	nerungsverlauf nicht
enthalten sind?			
nein			
	bitte Art und Dauer dieser Zeiten V0105 eintragen	genau aufführen, gegebenenfalls	s weitere Angaben in den
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt))	
		E	seweismittel bitte beifügen
noch Ziffer 3.1			
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?
	en und Sachverhalte im Beitrittsg f nicht enthalten sind?	gebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt	t, die im
nein ja,	bitte Vordruck V0700 ausfülle	n und beifügen	
4 Zeiten im Aus	and		
Versicherungsverlau	en im Ausland (einschließlich Ze f nicht enthalten sind? ter bei Ziffer 5	iten des gewöhnlichen Aufenthalts	s) zurückgelegt, die im
	aben)? Anzugeben sind auch Ze	cherungssystem zurückgelegt (zu eiten in Sondersystemen (zum Beis Tag Monat Jahr	spiel für Beamte,
nein ja,	vom Versicherungssystem / Sondersystem	bis	
	Staat		
	ausländische Versicherungsnummer /	Aktenzeichen	
beziehungsweise na	ch Vollendung des 16. Lebensjal Island, Israel, Kanada / Quebec Tag Monat Jahr	sjahres in Dänemark oder in den l hres gewöhnlich in einem der folge , Liechtenstein, Norwegen, Schwe Tag Monat Jahr bis	enden Länder aufgehalten: den, Schweiz?



									Beweismittel bitte beifüg	gen
4.4	Sind	Sie Ve	ertrieb	ener / :	Spätau	ssiec	ller in	n Sinne	des Bundesvertriebenengesetzes?	
	nein		ja,					(bezieh Monten Tschec Slowak	en in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien lungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatier legro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der choslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der ei), en in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien,	
							.=.	Kirgisisi Russiso oder Us	idschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, tan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der chen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine sbekistan)	;
				\	√ordru	ck V0	720	für Zeite	en in Rumänien, en in Polen oitte weiter bei Ziffer 5	
4.5	Habe	n Sie	Beitra	agszeit	en und	Bes	chäfti	igungsz	eiten in Polen zurückgelegt?	
	nein,	bitte	weite	r bei Zi	iffer 5			☐ ja	3	
4.5.	1 Sind	diese	Zeiter	ı im Ve	rsiche	rungs	verla	uf entha		
	nein,	bitte	· Vord	ruck V(0720 a	usfüll	len ui	nd beifü	gen, bitte weiter bei Ziffer 5 ja	
4.5.	2 Habe								unterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?	
	nein		ja,	bitte V	ordruc	k V0	720 a	ausfüller	n und beifügen	
5	Anre	chnu	ngsze	eiten (z	um Be	ispiel	Krar	nkheit, A	arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)	
5.1									e im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?	
	nein		ja,	bitte V	ordruc	k V0	410 a	ausfüller	n und beifügen	
	ırsacht	? Sow	veit be	reits in	der Ve	ergan	genh	eit hierz	en Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.06.198 zu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer mit "nein".	83
	nein		ja,	bitte \	ordruc	k F8	70 au	usfüllen	und beifügen	
6	Anga	ben z	zu Kin	dern						
6.1 nich								0 Leber chnet wu	nsjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher urden?	
	nein		ja,						n und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem chnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen	1
6.2 Voll						urück			verbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zu n Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Tag Monat Jahr	ur
	nein		ja,	vom					bis bis	
				Kinds	chaftsv	erhä	Itnis		leibliches Kind / Adoptivkind Pflegekind	
									zum Haushalt gehörendes Stiefkind	
					neid üb eleistur			ist bei	gefügt liegt nicht vor wird nachgereicht	

Kennzeichen (soweit bekannt)



Versich	erungs	nun	ımeı					eich t bel	en kann	t)
						ı		1		

7 Sonstige Angaben

Beweismittel bitte beifügen

7.4 Unban Sia Zaitar	a der Demifeerschildung (euch ehre Abeehluse) zuwüskgelest?
7.1 Haben Sie Zeiter	n 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
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom bis
	Tag Monat Jahr
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	, at us. Do allocation and in
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom bis bis
	Tag Monat Jahr
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)
	sind beigefügt Liegen nicht mehr vor Lwerden nachgereicht
Vorschriften oder Grur öffentlich-rechtlichen [Anwartschaft oder einen Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen ndsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis oder - weil Sie aus dem Dienstverhältnis einen Anspruch auf Altersgeld?
· ·	Versorgungsdienststelle
nein ja	
	Aktenzeichen
	Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen beziehungsweise altersgeldfähigen Dienstzeiten
	ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereicht
7.3 Beziehen oder be beantragt (auch im Au	ezogen Sie bereits eine Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche
boartragt (adoir iiii 7 ta	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nein ja,	seit bis bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	Versicherungsträger (gegebenenfalls ausländischer Versicherungsträger)
	Versicherungsnummer

Versi	Kennzeichen (soweit bekannt)
8 8.1 Ich h	Dokumentenzugang Per De-Mail nabe 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:
Dokı Aufg	Für sehbehinderte Menschen schen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, umente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten. grund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form usenden, und zwar als Großdruck in Braille (Kurzschrift)
	als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format) als Hörmedium (CD-DAISY Format)
Wiss führe Wäh	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem sen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung en können. Inrend der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.
Ort, D	Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
10	Anlagen
11	Bestätigung der Personenstandsdaten
	Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1) werden bestätigt durch:
	Geburtsurkunde Personalausweis
Sten	npel Datum, Unterschrift



Versicherungsnummer										owei		t)	
					1					L			



Eingangsstempel

Fragebogen für Anrechnungszeiten

V0410

				Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
1	Anga	aben zur Pers	on	
Name	e, Vornar	ne, Geburtsname		Geburtsdatum
Straß	e Haus	nummer, Postleitz	ahl Wohnort	
Otraio	, , , iaao,	idilililor, i oodole	ani, women	
Telef	on			
Habe	en Sie t	folgende Zeite	n zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthali	ten sind?
		-	n Erläuterungen (Vordruck V0411).	
2	Kran	kheit / Rehak	ilitation	Beweismittel bitte beifügen
2.1	Ware	en Sie arbeitst	ınfähig wegen Krankheit?	
	nein,	bitte weiter b	ei Ziffer 2.2	
		vom - bis		
Ш	ja,	vom - bis		
		VOITI - DIS		
2.1.	1 Wurd	den ab dem 1.	1.1984 Leistungen (zum Beispiel Krankengeld) an Sie ge:	zahlt?
			vom - bis	
	nein	☐ ja,		
		-	Art der Leistung	
			von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen	
			vom - bis	
			Art der Leistung	
			von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen	



Versich	erun	gsnu	mme	er				ennzei oweit k		
			ı	1	1	Ι,		ı	1 1	

Beweismittel bitte beifügen

			<u>_</u>							
. 2 zum			ngen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten? ndlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)							
		L 244 24	h -: 7: 0 0							
_	nein,		bei Ziffer 2.3							
7		vom - bis								
	ja,									
		von welcher S	telle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)							
		vom - bis								
		von welcher S	telle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)							
.2.1	Wurd	en während	dieser Zeiten Leistungen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?							
			vom - bis							
7	nein	☐ ja,								
_	Helli	ја,	Art der Leistung							
			von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen							
			vom - bis							
			Art der Leistung							
			von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen							
3	Ware	n Sie zwisch	en dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?							
			vom - bis							
1		☐ :a								
_	nein	∟∟ ја,	vom - bis							
	Schw	/angerschaf	ft / Mutterschutz Beweismittel bitte beifüg							
		7-:+	Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen vor?							
.1	Liege	n Zeiten der								
.1	Liege	n Zeiten der	vom - bis							
7	Liege nein	in Zeiten der								



Versicherung	snummer Kennzeichen (soweit bekannt)
4 Arbe	eitslosigkeit / Bezug von Arbeitslosengeld II Beweismittel bitte beifüger
	en Sie bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt), einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft
	n Jobcenter arbeitslos gemeldet?
<u> </u>	1.11
nein,	bitte weiter bei Ziffer 4.2
H	vom - bis
∟∟∟ ja,	arbeitslos gemeldet bei (Anschrift)
	gegebenenfalls Art der bezogenen Leistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld II)
	Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht
	den von diesem Träger Beiträge an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein
versichert	ungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?
l noin	
nein 4.2 Hab	en Sie nach dem 31.12.2010 Arbeitslosengeld II von einer deutschen Agentur für Arbeit, einer
	e oder einem Jobcenter bezogen?
	vom - bis
nein	
	von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen
5 A 1	Parata Malaka ka Wana
	bildung Beweismittel bitte beifüger
	en Sie Zeiten der Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder lausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt (auch im Ausland)?
\vdash	
l nein,	bitte weiter bei Ziffer 5.3
	vom - bis
ja	Ausbildungsart
	Ausbildungsart
	Abschluss (am, durch)
	vom - bis
	Ausbildungsart
	Abschluss (am, durch)



Versich	erungs	nun	nmei	٢					Kennz (sowei		
	l ,	1	ı	ı	1		ī			1	1

Beweismittel bitte beifügen

5.2 Handelte es s Fernausbildungen?	
\vdash	vom - bis
L∐ nein ja	Ausbildungsart
	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
	Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:
	War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?
	Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?
	vom - bis
	Ausbildungsart
	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
	Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:
	War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?
	Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?
5.3 Haben Sie an	berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr
teilgenommen?	vom - bis
Ь. п.	VOITI - DIS
Ll nein ja │	Kostenträger
	Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)
	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
	vom - bis
	Kostenträger
	Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)
	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.



1	nerungs		Kennzeichen (soweit bekannt)	
noch Z	Ziffer :	5.3		Beweismittel bitte beifügen
			vom - bis	
			Kostenträger	
			Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)	
			Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woch	ne.
			Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro W	oche.
				-
		ildungs		Beweismittel bitte beifügen
			ch Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur (alendermonat als ausbildungsuchend gemeldet?	Tur Arbeit (Arbeitsamt)
			vom - bis	
n∈	ein	☐ ja		
		,	Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)	
7	Cable		1.1	
	Schie	echtwett	ergeia	Beweismittel bitte beifügen
			zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen?	Beweismittel bitte beifügen
				Beweismittel bitte beifügen
7.1			zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen?	Beweismittel bitte beifügen
7.1	Habe ein	n Sie bis	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis	Beweismittel bitte beifügen Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne	Habe ein Rent e	n Sie bis ja enbezug	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis	
7.1 ne	Habe ein Rent e	n Sie bis ja enbezug	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis	
7.1 ne	Habe ein Rento Habe	n Sie bis ja enbezug n Sie ein	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis le Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen?	
7.1 ne	Habe ein Rent e	n Sie bis ja enbezug	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis le Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen?	
7.1 ne	Habe ein Rento Habe	n Sie bis ja enbezug n Sie ein	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis e Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis	
7.1 ne	ein Rento Habe	n Sie bis ja enbezug n Sie ein ja	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis le Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen	Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne 8 8.1 ne 8.2 erwei	Habe Rento Habe ein Habe iterte \	ja ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis ne Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen ne Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un	Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne 8 8.1 ne 8.2 erwei	Habe Rento Habe ein Habe iterte \	ja ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis ne Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen ne Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un ührungsgesetz) bezogen?	Beweismittel bitte beifügen
7.1 nee 8 8.1 nee 8.2 erweir Anwar	Habe Rento Habe ein Habe iterte \ artscha	n Sie bis ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu aftsüberfi	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis ne Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen ne Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un	Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne 8 8.1 ne 8.2 erwei Anwa	Habe Rento Habe ein Habe iterte \	ja ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis ne Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen ne Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un ührungsgesetz) bezogen?	Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne 8 8.1 ne 8.2 erwei Anwa	Habe Rento Habe ein Habe iterte \ artscha	n Sie bis ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu aftsüberfi	s zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis e Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen e Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un ührungsgesetz) bezogen? vom - bis Art der Leistung	Beweismittel bitte beifügen
7.1 ne 8 8.1 ne 8.2 erwei Anwa	Habe Rento Habe ein Habe iterte \ artscha	n Sie bis ja enbezug n Sie ein ja n Sie ein /ersorgu aftsüberfi	zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen? vom - bis e Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen? vom - bis Art der Leistung Versicherungsträger, Aktenzeichen e Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Alters ing nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- un ührungsgesetz) bezogen? vom - bis	Beweismittel bitte beifügen



Versic	herungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
9	Gewahrsam	im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG)	Beweismittel bitte beifügen
9.1	Haben Sie Ze	iten des Gewahrsams im Sinne des HHG im Ausland	d ab 1.1.1992 zurückgelegt?
		vom - bis	
ne	ein ja	Ort beziehungsweise Gebiet des Gewahrsams	
bekar	ersichere, dass nnt, dass wisse	r Antragstellerin / des Antragstellers ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bes ntlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verf	olgung führen können.
Ort, Da	itum	Unterschr	ift der Antragstellerin / des Antragstellers
11	Anlagen		

Versicl	her	ungs	nun	nme	r					bek	en kann	t)
									1			

Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

Antrag auf Feststellung von Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung

V0800

Hinweis: Um in Ihrem Versicherungskonto die Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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 erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. 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.

Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0810).

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

name		vorname						
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen	en (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)						
Geburtsname		frühere Namen						
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: F	Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)						
Geburtsdatum								
Geschled	cht männlic	h weiblich ohne Eintrag divers						
Geburtsort		Geburtsland						
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere St	taatsangehörigkeit bis)							
Straße, Hausnummer								
Adresszusatz								
Postleitzahl Wohnort								
Land								
Telefon		Telefax						



Versicherungsnummer	
noch Ziffer 1	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland	
Zuzug aus dem Ausland? nein ja, am	Tag Monat Jahr
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)	
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)	
2 Angaben zu den Kindern (Weitere Kinder bitte auf Für folgende Kinder wird die Anrechnung von Kindererziel Geburtsurkunden, Familienbuch oder Stammbuch beifüge angerechnet worden sind beziehungsweise die Personens Kind 1	nungszeiten / Berücksichtigungszeiten beantragt. (Bitte en - entfällt, wenn Kindererziehungszeiten bereits
Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei ein	nem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsort	Geburtsstaat
Tag Monat Jahr Geburtsdatum gegebenenfa	Tag Monat Jahr alls Sterbedatum
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?	
nein ja, Stiefkind Pflegekind	
Für jedes Stiefkind oder Pfle	egekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen e 10. Lebensjahres)?	rzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des
ja nein, Beginn	Tag Monat Jahr und Ende



Versicherungsnummer Kennzeicher (soweit beka	
Kind 2	
Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweis	se bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsort	Geburtsstaat
Tag Monat Jahr Geburtsdatum gegeb	Tag Monat Jahr enenfalls Sterbedatum
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?	one maile exclusional and a second exclusion
	gekind
•	egekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbro	chen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des
10. Lebensjahres)? Tag Monat	Jahr Tag Monat Jahr
ja nein, Beginn	und Ende
3 Angaben zum Wohnsitz während der Erzi	ehungszeiten
	nen Erziehungszeiten Ihren Wohnsitz im Gebiet der früheren idenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-
Tag Monat Ja	hr Tag Monat Jahr
nein ia, vom	bis bis
4 Angaben zu deutschen Versorgungsanwa	rtschaften außerhalb der Rentenversicherung
4.1 Haben Sie während der in Ziffer 2 angegeber Alterssicherungssystem angehört?	nen Erziehungszeiten einem anderen deutschen
nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2	
ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten angebe	en:
_	
_	Ing (zum Beispiel als Beamter, Richter oder DO-Angestellter) Monat Jahr
Vom Light bis Light bis Art der Tätigkeit	
Versorgungsträger	
Anschrift	



Versicherungsnummer
noch Ziffer 4.1
kirchenrechtliche Versorgung (zum Beispiel als Geistlicher)
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
vom bis bis
Art der Tätigkeit
Versorgungsträger
Anschrift
4.2 Haben Sie während der angegebenen Erziehungszeiten eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze
aus beamtenrechtlichen, beamtenähnlichen, kirchenrechtlichen oder berufsständischen deutschen
Alterssicherungssystemen bezogen? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nein ja, vom bis
von welcher Stelle
Angelen zu einer eelhetöndigen Tötigkeit
 Angaben zu einer selbständigen Tätigkeit Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig? nein, bitte weiter bei Ziffer 6 ja, als Selbständiger Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Selbständigen Landwirt Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Landwirts 5.2 Angaben zur Art und zum Umfang der Tätigkeit: Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig? nein, bitte weiter bei Ziffer 6 ja, als Selbständiger Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Selbständigen Landwirt Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Landwirts 5.2 Angaben zur Art und zum Umfang der Tätigkeit: Tag Monat Jahr Vom Hang Monat Jahr Vom Hang Monat Jahr DM / EUR Betrag
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?
5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig? nein, bitte weiter bei Ziffer 6 ja, als Selbständiger Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Selbständigen Landwirt Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Landwirts 5.2 Angaben zur Art und zum Umfang der Tätigkeit: Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr vom Art der Tätigkeit DM / EUR Betrag durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen wöchentliche Arbeitszeit in Stunden 5.3 Nur bei Tätigkeiten in der Landwirtschaft: Ist oder war der Betrieb während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten im Unternehmerverzeichnis der Landwirtschaftlichen Alterskasse eingetragen?



Versich	erungs	nun	nmer	•				ennz sowei		t)

6 Angaben bei Erziehung außerhalb Deutschlands

6.1 Haben Sie innerhalb der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten ein Kind außerhalb Deutschlands erzogen?
nein, bitte weiter bei Ziffer 7
ja, Erziehungszeit vom Staat / Gebiet Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr bis
6.2 Haben Sie oder Ihr Ehegatte / Lebenspartner einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft unmittelbar vor oder während der Erziehungszeiten für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?
nein ja, vom bis Jahr Tag Monat Jahr
bitte weiter bei Ziffer 6.3
6.2.1 Bestanden für Sie oder Ihren Ehegatten / Lebenspartner einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft unmittelbar vor oder während der Erziehungszeiten außerhalb Deutschlands außer zu einem Arbeitgeber außerhalb Deutschlands auch vertragliche oder dienstrechtliche Beziehungen zu einem Arbeitgeber / Dienstherrn in Deutschland? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr nein ja, vom bis biste kurz erläutern
6.3 Bei Erziehung außerhalb Deutschlands, aber in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz: Haben Sie vor, während oder nach den Erziehungszeiten eine Beschäftigung / Tätigkeit in Deutschland oder in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz ausgeübt oder dort Versicherungszeiten oder Wohnzeiten erworben?
nein ja, vom bis
Versicherungsträger
Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versic	Kennzeichen (soweit bekannt)
7	Asylberechtigter / Kontingentflüchtling / heimatloser Ausländer
7.1	Sind Sie als Asylberechtigter, Kontingentflüchtling oder heimatloser Ausländer anerkannt?
	nein ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen
8	Vertriebener / Spätaussiedler
8.1 Spät	Sind Sie als Vertriebener oder Spätaussiedler beziehungsweise als Ehegatte oder Abkömmling eines taussiedlers anerkannt?
	nein ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen, bitte weiter bei Ziffer 9
8.1.1	1 Wurde die Vertriebeneneigenschaft / Spätaussiedlereigenschaft abgelehnt?
	nein ja, bitte Ablehnungsbescheid / Urteil beifügen
9	Angaben zur Staatsangehörigkeit bei Erziehung in Deutschland
9.1 Deut	Welche Staatsangehörigkeit hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in tschland?
	deutsch (Die Beantwortung der Frage 9.2 entfällt.)
	deutsch aufgrund erfolgter Einbürgerung (bitte Einbürgerungsurkunde beifügen)
	andere:
9.2 Deut	Welchen ausländerrechtlichen Status hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in tschland?
Aufen	nthaltstitel
	Tag Monat Jahr
	wurden erteilt am (entsprechende Bescheinigungen bitte beifügen)
	wurde nicht beantragt
\vdash	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
10 Ausnahmen bei Erziehung in De	eutschland
10.1 Waren Sie unmittelbar vor der Ge	burt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der tschland bei einer überstaatlichen oder zwischenstaatlichen Organisation
	Monat Jahr Tag Monat Jahr
angegebenen Erziehungszeiten in Deut Sinne des NATO-Truppenstatuts, der so Mitglied der alliierten Behörden und Stre Personenkreise?	Aburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der tschland Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im owjetischen Streitkräfte, eine dem zivilen Gefolge gleichgestellte Person, eitkräfte in Berlin (West) oder Familienangehöriger einer dieser Monat Jahr Tag Monat Jahr bis
angegebenen Erziehungszeiten in Deut Vertretung (zum Beispiel Botschaft, Kor	eburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der tschland Angehöriger des Personals einer ausländischen amtlichen nsulat) oder waren Sie Familienangehöriger dieses Personals?
nein ja, vom bei	bis lilining
angegebenen Erziehungszeiten in Deut Deutschland entsandt oder waren Sie ir eine begrenzte Zeit in Deutschland tätig	burt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der tschland von einem Arbeitgeber mit Sitz im Ausland in die Bundesrepublik m Rahmen Ihrer im Ausland ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit für g?

bis



nein

ja,

vom

Arbeitgeber

Beschäftigungsstelle

Versicherungsnummer
10.5 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der in Deutschland angegebenen Erziehungszeiten in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt oder tätig und wurden für diese Beschäftigung oder Tätigkeit aufgrund einer Ausnahmevereinbarung im Sinne des überstaatlichen und zwischenstaatlichen Rechts (Europarecht, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zu
deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr nein ja, vom bis
Ausnahmevereinbarung wurde ausgestellt von
Tag Monat Jahr ausgestellt am Aktenzeichen
11 Angaben zur Kindererziehung Die Fragen der Ziffer 11 sind für in Ziffer 2 angegebene leibliche Kinder / Adoptivkinder zu beantworten.
Bei Antragstellung durch den Vater / Lebenspartner beziehungsweise die Lebenspartnerin einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft / gleichgeschlechtliche Ehegatten ist für jedes in Ziffer 2 angegebene leibliche Kind / Adoptivkind zusätzlich ein Vordruck V0805 auszufüllen. In diesen Fällen entfällt die Beantwortung der Fragen 11.1 - 11.3.
11.1 Wurden die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten gemeinsam oder allein, mit oder ohne Unterbrechung erzogen? Eine Unterbrechung der Erziehung liegt zum Beispiel vor, wenn das Kind durch eine andere Person erzogen wurde, sich außerhalb Deutschlands aufgehalten hat oder auf gerichtliche Anordnung in einem Heim untergebracht war.
Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung gemeinsam mit dem anderen Elternteil. Bitte weiter bei Ziffer 11.2.
Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung allein. Bitte weiter bei Ziffer 13.
Die Erziehung erfolgte mit Unterbrechung. Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
Die Erziehung erfolgte teilweise allein und teilweise gemeinsam mit dem anderen Elternteil (zum Beispiel wegen Trennung, Tod des anderen Elternteils). Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
11.2 Hat der andere Elternteil die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten überwiegend erzogen?
nein, die Bestätigung des anderen Elternteils ist erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 11.3.
teilweise, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
ja, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.



11.3 Angaben zum Elternteil, der de Name	n Antrag nicht stellt ((bitte Erläuterungen Vorname	beachten)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namer	n (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname			
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: F	reifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Gebu	ırtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum		Versicherungsnummer	
Es wird bestätigt, dass die Angaben a Unterschrift des anderen Elterntei	_	tsächlichen Verhält	nissen entsprechen.
Ontersonmit des anderen Enemier	13		
Datum, Unterschrift des Elternteils, der den An	trag nicht stellt		
Die Bestätigung des Elternteils,	der den Antrag nicht	stellt, wird auf eine	r Kopie dieses Antrags nachgereicht.
Die Bestätigung des Elternteils,	-	t stellt, kann aus folg	gendem Grund nicht erfolgen:
Der andere Elternteil ist vers Der Aufenthaltsort des ande		ookonnt	
Sonstige Gründe:	Teri Eilerniens ist und	рекапп.	
12 Angaben zu übereinstimmen	den Erklärungen		
12.1 Haben Sie oder der andere Elte Erklärung über die Zuordnung der Erklärung sicherungsträger oder eine .	rziehungszeiten zu e	inem anderen Elteri	nteil bei einem
nein Name des Rentenversicherungstr ja	ägers / Versorgungsträger	s	
13 Dokumentenzugang 13.1 Per De-Mail Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter	ein De-Mail-Postfac	h eröffnet.	
Ich bitte ausschließlich um Über Damit entfällt eine Übersendung Meine De-Mail-Adresse lautet:			er Form an mein De-Mail-Postfach.

Kennzeichen (soweit bekannt)



Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekar	int)
13.2 Für sehbehinderte Menschen Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blind Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu	de oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, u erhalten.
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Ezuzusenden, und zwar	Ookumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form
als Großdruck	
in Braille (Kurzschrift)	
in Braille (Vollschrift)	
als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Form	at)
als Hörmedium (CD-DAISY Format)	
14 Erklärung der Antragstellerin / des Antrags Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diese bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer	m Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist
01.01	The section of the First Section Advanced By
Ort, Datum	Unterschrift des Elternteils, der den Antrag stellt
Ort, Datum 15 Bestätigung der Personenstandsdaten	Unterschrift des Elternteils, der den Antrag stellt
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer	
15 Bestätigung der Personenstandsdaten	
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer	
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer	
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer	
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel	
Die Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2	· 1) werden bestätigt durch:
15 Bestätigung der Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel	· 1) werden bestätigt durch:
Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder	· 1) werden bestätigt durch:
Die Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder Es lag vor:	1) werden bestätigt durch: Datum, Unterschrift
Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder	1) werden bestätigt durch: Datum, Unterschrift
Die Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder Es lag vor:	1) werden bestätigt durch: Datum, Unterschrift
Die Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder Es lag vor:	1) werden bestätigt durch: Datum, Unterschrift
Die Personenstandsdaten Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer Personalausweis Reisepass Stempel Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 Kind / Kinder Es lag vor:	1) werden bestätigt durch: Datum, Unterschrift



Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

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



Kennzeichen Versicherungsnummer (soweit bekannt)	
noch Ziffer 1	
Altersrente für schwerbehinderte Menschen	Schwerbehinderung bitte nachweisen 62
Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Be	ergleute 19
Knappschaftsausgleichsleistung	Vordruck R0230 bitte beifügen 10
Die Altersrente soll gezahlt werden als	
Vollrente Teilrente bis 31.12.2022 entsprech	end dem Hinzuverdienst
Teilrente in Höhe von %	o (mindestens 10 %) nat Jahr
Die beantragte Altersrente soll beginnen am	
2 Angaben zur Person	
Name	Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) Vorsatzworte zum Namen	(Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	frühere Namen
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum Geschlecht männlici	h weiblich ohne Eintrag divers
Geburtsort	Geburtsland
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl Wohnort	
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
noch Ziffer 2		
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staa	at)	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Au	ucland) Ort Rundacland	
Tezter Worldste III IIIand (bei Adientilat III Ac	usiand), Ort, Buridesiand	
	Tag Monat Jahr	
	ein 🔲 ja, am 💷 💷 💮	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)		
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)		
Familienstand:		
inicht verheiratet / nicht in Einget aufgehoben)	tragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder	
adigenoberij		
verheiratet / wiederverheiratet / i	in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	
steuerliche Identifikationsnummer		
3 Antragstellung durch andere	Personen Vollmacht oder Beschlus	s de
3 Antragstellung durch andere Der Antrag wird in Vertretung gestellt		ss de
	von Gerichts bitte beifügen	ss de
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen)	ss de
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls	von Gerichts bitte beifügen	ss de
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen)	ss de
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer Adresszusatz Postleitzahl Wohnort	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer Adresszusatz	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer Adresszusatz Postleitzahl Wohnort Land	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Llicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtig	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) in der Eigenschaft als gesetz Straße, Hausnummer Adresszusatz Postleitzahl Wohnort	von Gerichts bitte beifügen Aktenzeichen) Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de) Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) Llicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtig	



Kennzeichen Versicherungsnummer (soweit bekannt)
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 Name des Geldinstituts
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:
Name, Vorname (Rufname)
Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl Wohnort
Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands: Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen. Beitragszeiten im Inland (für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2) Beweismittel bitte beifüger
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:
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Beitragszeiten vom bis
genaue Bezeichnung der Tätigkeit
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn
Anschrift
zuständige Krankenkasse



Versicherungsnummer		nzeichen veit bekannt)
noch Ziffer 5.1		Beweismittel bitte beifügen
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Beitragszeiten	vom	bis liliani
genaue Bezeichnung der Tätigkeit		
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn		
Anschrift		
zuständige Krankenkasse		
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nicht erwerbsmäßige Pflege pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	vom	Geburtsdatum
priegebeduringe Ferson (Name, vomaine)		Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse		
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	bis
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)		Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse		
2astara go i mogoriasoo		
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
selbständige Tätigkeit	vom	bis lilininin
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
selbständige Tätigkeit	vom	bis lilining
5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverh Versicherungsverlauf nicht enthalten		Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im
nein ja, bitte Vordru	ck V07	00 ausfüllen und beifügen
als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengel	ld II ode	gkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen er Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld,
Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?	?	
nein		
Tag Monat	Jahr	Tag Monat Jahr
ja, vom		bis
Art der Leistung		



liegen nicht mehr vor

werden nachgereicht

sind beigefügt

Nachweise

Versicherungs	Kennzeichen (soweit bekannt)
	Beweismittel bitte beifügen
5.4 Haber	n Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?
nein	3
l ja,	weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als "berufliche Ausbildung" gekennzeichnet sind
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom
	Tag Monat Jahr
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	vom bis bis
	Tag der Abschlussprüfung
	Art der Berufsausbildung
	Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)
	sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht
	n im Ausland oder bei internationalen Organisationen Beweismittel bitte beifügen
	n Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im ngsverlauf nicht enthalten sind?
nein,	bitte weiter bei Ziffer 6.6
rieiri,	bille weiter bei Zirier 6.6
ja	
	n Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im arbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte,
	e, Landwirte).
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
	Versicherungssystem / Sondersystem
	Staat
	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Seweismittel bitte beifüger
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? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag
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? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag
beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr nein ja, vom 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
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
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?
nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6
ja
6.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?
nein, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen , bitte weiter bei Ziffer 6.6
ja
6.5.2 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?
nein ja
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 Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr



bis

ja,

vom

Beschäftigungsort

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation

Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)	
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 solle	en
 8.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung de 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind Tag Monat Jahr 	
nein ja, vom	
Kindschaftsverhältnis	
zum Haushalt gehörendes Stiefkind	
Bescheid über Pflegeleistungen ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereich	nt
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 öffentlichrechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?	
Versorgungsdienststelle	
nein ja	
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)? Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr	
nein ja, vom	
Tag Monat Jahr	
beantragt am	
Versicherungsträger	
Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen	
Total and a second registrated in the first second registrated	



	e ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen nerschaft durchgeführt?
nein,	bitte weiter bei Ziffer 9.4
ja,	bitte lesen Sie die Hinweise im Vordruck R4100 , wenn Ihre Anrechte der gesetzlichen Rentenversicherung durch einen Versorgungsausgleich gekürzt worden sind oder Sie aufgrund eines Versorgungsausgleichs Beiträge gezahlt haben. Mit diesem Vordruck können Sie gleichzeitig einen Antrag zum Ausgleich von Härten stellen.
	n Sie Zeiten nach dem Fremdrentengesetz zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener ussiedler 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.
	e zum Rentenantrag führende Erwerbsminderung / Schwerbehinderung ganz oder teilweise Folge
eines Unfa	Ills oder durch andere Personen verursacht worden?
nein,	bitte weiter bei Ziffer 9.6 Tag Monat Jahr
l ja,	Unfalltag Linder
	Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten ngsgesellschaften)?
nein	
	Tag Monat Jahr
ja,	am bei welcher Stelle
	Aktenzeichen
verursacht'	en Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer all vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)
nein,	bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8
	bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11
	Tag Monat Jahr
l ja,	Unfalltag



9.6.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?
nein
ja, am ja, am
bei welcher Stelle
Aktenzeichen
bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8 bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11
9.7 Beitragspflichtige Einnahmen
9.7.1 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Arbeitsentgelt - auch aus geringfügiger Beschäftigung - oder Vorruhestandsgeld?
nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7.3
ja bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis
9.7.2 Soll Ihr Arbeitsentgelt für einen nahtlosen Übergang vom Erwerbsleben in die Rente hochgerechnet werden?
ja
nein, die Entgeltmeldung nach Beschäftigungsende soll abgewartet werden
9.7.3 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Sozialleistungen, zum Beispiel Krankengeld oder Arbeitslosengeld?
nein
Tag Monat Jahr
ja bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis
Art der Leistung
zahlende Stelle
Anschrift
Aktenzeichen



9.7.4 Üben Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn eine nicht erwerbsmäßige Pflegetätigkeit aus mit Beitragszahlung einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens?
nein
Tag Monat Jahr
ja bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)
Geburtsdatum
9.7.5 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Übergangsgebührnisse der Bundeswehr?
nein
Tag Monat Jahr
ja bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis
zahlende Stelle
Anschrift
Aktenzeichen
Akterizeichen
9.8 Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?
nein ja, Erklärung (Vordruck R0230) ist beigefügt wird nachgereicht
bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 10
Bei Rentenbeginn vor dem 1.1.2023 9.9 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 ia, 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
bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 10



9.10 Haben Sie die Feststellu	ng einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?
nein ja	eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt
_	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	bei welcher Stelle
	Aktenzeichen
bitte weiter bei Ziffer 10	
9.11 Bei Antrag auf Rente	wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute
	gelt? Hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit.
nein ja	
	tlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, d so weiter.
nein ja	
<u> </u>	gungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen als Minister)?
nein ija	,
9.11.4 Erhalten Sie Einkünfte	als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?
nein ja	
9.11.5 Erhalten Sie Vorruhesta	andsgeld?
nein ja	
Arbeitslosengeld, vergleichbar	es Erwerbsersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, e Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten ich dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird. Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
noin lia vom	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Ll nein Ll ja, vom │	Tag Monat Jahr
bear	ntragt am
Art de	er Leistung
zahler	nde Stelle
Ansch	nrift
	zajahan
Akten	zeichen



Versicherungsnummer							Kennzeichen (soweit bekannt)			
			1							

10 Andere Leistungen

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

do d III d	
10.1 Hinte	rbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
<u> </u>	
l ja,	vom bis bis
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)
	Versicherungsnummer Geburtsdatum
	ngen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen
Unfallversion	cherungsträger (auch Abfindungen)
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
<u></u>	
∟∟ ja,	vom
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
	Tag Monat Jahr
	Unfalltag Jahr der Abfindung
10.3 Krank	kengeld von einer Krankenkasse
nein,	bitte weiter bei Ziffer 10.4
rieiri,	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
<u></u> ja,	vom
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen



Versicherungs	Kennzeichen (soweit bekannt)
10.3.1 Liegt	der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?
nein	ja
	gangsgeld von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; Verletztengeld; gskrankengeld; Überbrückungsgeld der Seemannskasse
nein	
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	zahlende Stelle
	Aktenzeichen
	Art der Leistung
10.5 Arbeit	tslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss von der Agentur
für Arbeit o	der einem Jobcenter, Kurzarbeitergeld von Ihrem Arbeitgeber
	en zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind auch dann erforderlich, wenn berechtigte Angehörige Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten
haben.	
nein,	bitte weiter bei Ziffer 10.6
	Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja,	vom
	Tag Monat Jahr
	beantragt am
	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 Stell		orgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen
	nein	
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	ja,	vom
	jα,	Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
Die .	Angabe	Ihilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger en sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtigte Angehörige Leistungen nach dem uch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.
	nein	
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	ja,	vom bis
	• /	Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
		Art der Leistung
10.8	Kinde	erzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse
	nein	
		Tag Monat Jahr ˌ Tag Monat Jahr ˌ
	ja,	vom bis
	J,	Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen



Versicheru	ngsnu	mmei					sow		n annt)	
			1						1	

10.9	9 Elterr	ngeld von den Elterngeldstellen
	nein	
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
\vdash		
Ш	ja,	vom
		Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
10.	10 Leist	t ungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Ш	nein	
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
	io	vom bis
	ja,	
		Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		Aktenzeichen
		Art der Leistung
		Art der Leistung
10.	11 Aust	oildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
	nein	
	пеш	- W
		Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
Ш	ja,	vom
		_, Tag Monat Jahr
		beantragt am
		zahlende Stelle
		bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
1		
1		
		Aktenzeichen

10.12 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch
nein
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
ja, vom Lılılılıbis Lılılılı
Tag Monat Jahr
beantragt am zahlende Stelle
Zai liei de Stelle
Aktenzeichen
10.13 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Ansprüchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)
nein nein
ja, vom Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr
beantragt am
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
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



gesetzliche	tragen Sie einen Zuschuss zu den Aufwendungen für eine freiwillige Mitgliedschaft in der en Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem privaten rsicherungsunternehmen?
nein,	bitte weiter bei Ziffer 12
	zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser
nein	ja
	teht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung?
nein	
	Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes
l ja	Anschrift
	Land
	Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)
11.3.3 Since	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
	en Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige tigt 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



Versicherungsnummer (soweit bekannt)
11.3.5 lst der Familienangehörige Rentner?
Tag Monat Jahr Versicherungsnummer
nein i ja, seit
Rentenversicherungsträger
12 Pflegeversicherung
12.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Da heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)
nein
Name, Vorname des Kindes
ja
Geburtsdatum
Kindschaftsverhältnis Leibliches Kind / Adoptivkind Leibliches Kind / 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 Forr zuzusenden, und zwar
als Großdruck
in Braille (Kurzschrift)
in Braille (Vollschrift)
als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versich	erungsr	numm	er				nnzei weit b		
		1 1	1	1			1	ı	

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 9.7.2 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 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.



Versicherungsnummer
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).
ich erhalten.
Ort, Datum Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
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
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.
Tag Monat Jahr
ray Morat Salii
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: Tag Monat Jahr
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab:
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: Tag Monat Jahr
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: Tag Monat Jahr Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: unbefristet
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: Tag Monat Jahr Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: unbefristet



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)								
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:									
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten									



Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

R0210

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).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Angaben zur Person der / des Hinterbliebenen								
Name			Vorname (Rufname)					
Namenszusatz (Beispiel: Freifra	au, Graf)	Vorsatzworte zum Namen	(Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel:	Prof. Dr. med.)			
Geburtsname					Geburtsdatum			

,	, ,		, , ,		,	
Geburtsname					Geburtsdatum	
Straße, Hausnumme	er	telefonisch tagsüber zu erreichen				
Adresszusatz			Telefax (Angabe freiwillig)			
Postleitzahl	Wohnort					

2 Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)									
in der Eigenschaft als									
gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter									
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen								
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)								
Postleitzahl Wohnort									



1

Angaben zur Person

Versich	nerungs	nummer					nzeicher /eit beka									
١,	Ι.	1 1		1	Ι.			.								
Bei Antr					orhenen	Versichert	en									
	_					sverhält										
						eber (au		i gering	fügige	r Bes	chäfti	gung)?				
Name,					_	·						,				
l l		st / war he, Stun		-	ne Arbe	eitszeit?										
3.3	Beste	ht das	Arbe	itsverh	nältnis	beim Arb	eitgeb	er (zun	nindes	st forn	nal) n	och?				
П,	nein		ja													
	110111		ju													
4	Beru	fsausk	oildu	ng der	rente	nberech	tigten	Perso	n				Bev	weism	ittel bitte	e beifügen
						absolvie studium)		n Beisp	iel Au	sbildu	ungsb	eruf, Fa	chsch	ulstudi	um,	
				vom - b	ois											
ا ل∟	nein		ja	orlorate	er Beruf											
				enemie	a Delui											
				Drüfu	na hoc	tanden		nein		ia						
				vom - b	_	lanuen	ш-	Helli	Ш	ja						
				erlernte	er Beruf											
				Prüfu	ng bes	tanden		nein		ja						
4.2	Wurd	e eine	Ums	chulu	ng dur	chgefühi	rt?									
<u></u>				vom - b	ois											
	nein		ja	Llmsch	ulungsb	⊃ri if										
				Cilibori	alangob	or ur										
				Kosten	träger											
				Aktenz	oichon											
				ARIGIZ	eichen											
				erfolg	reich b	eendet		nein	Ш	ja						
4.3	Wurd	en wei	tere (Qualif i vom - b		en abso	lviert (zum Be	eispiel	Refa	prüfur	ng, Meis	sterprü	fung, F	Polierprüf	ung)?
\square ,	nein		ja													
				Art der	Ausbildu	ung										
				erfolg	reich b	eendet		nein		ja						



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		
Bei Antrag auf Hinterbliebenenr	rente:		
Versicherungsnummer der / de	s verstorbenen Versicherten	_	
		Bev	weismittel bitte beifügen
4.4 Bestand ein Anler			
L	vom - bis		
∟ nein L ja ₋			
ξ 	angelernter Beruf		
-			
	erfolgreich beendet nein	ja	
	<u> </u>	,	
	i bersicht (gegebenenfalls Ergär	nzungsblatt R0211 verwenden)	
	sicherungsverlauf genügt nicht.		T
Zeitraum vom - bis	genaue Bezeichnung der	Bezeichnung des	aufgegeben wegen
VOITI - DIS	Beschäftigung oder Tätigkeit (zum Beispiel nicht	Tarifvertrages Gehaltsgruppe / Lohngruppe	(zum Beispiel Krankheit, Kündigung)
	kaufmännischer Angestellter,	3 11 3 11	3 3/
	sondern Bilanzbuchhalter)		



Version	cherungs	nummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
		Hinterbliebene	enrente: des verstorbenen Versicherten	
_				
6			rwerbstätigkeit	
6.1	Üben		ine selbständige Erwerbstätigkeit aus?	
		Datum und (Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachwei	sen)
	nein			
	ja	im e	eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen	
			eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eine nilienangehörigen	∋s
		im s	onstigen freien Beruf	
			ang der Tätigkeit	
		gegebenenfa	alls Verwandtschaftsverhältnis	
		Größe des la	andwirtschaftlichen Betriebes in Hektar	
		O		
6.2 freib		Sie Eigentu h tätig?	mer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder so	onst
	nein	☐ ja		
7	Anga	ıben von A	rbeitsuchenden	
7.1	Sind	Sie bei der	Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?	
			seit	
	nein	☐ ja	seit	
	nein	☐ ja	seit bei	
	nein	ja	bei	
	nein	☐ ja		
	nein	☐ ja	bei	
	nein	ја	bei Kundennummer / Aktenzeichen	
			bei Kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:	
8	Begr	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1	Begr	ündung de	bei Kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:	
8	Begr	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1	Begr Seit v	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1 seit	Begr Seit v	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1 seit	Begr Seit v	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1 seit	Begr Seit v	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1 seit	Begr Seit v	ündung de	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	
8 8.1 seit wegel	Begr Seit v	ündung de vann und w	kundennummer / Aktenzeichen das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten: es Rentenantrags	



Versicherungsnu	ımmer			Kennzeichen (soweit bekannt)		
Bei Antrag auf Hii Versicherungsnu			orbenen Ve	ersicherten		
8.2 Welche	Arbeiten	könne	n Sie nad	ch Ihrer Auffassun	g noch verrichten?	
Umfang - wie vie	le Stunden t	äglich				
8.3 Sind Sind Sind Sind Sind Sind Sind Sind	e zurzeit a	seit	_	rank? ift der Krankenkasse / \	/erwaltungsstelle	
nein, so		nander	n, bitte A	blehnungsbesch	eid beifügen weiter bei Ziffer 8.5	
	e einem s	chwerl				en als Arbeitsuchender die
nein [☐ ja,	bitte beifü		tellungsbescheid	/ Zusicherungsbeschei	d der Agentur für Arbeit
Wehrdienstb Hilfsmaßnah	eschädigı men für F	ung od Persone en wur durch	er Zivildie en, die au den - Häf	enstbeschädigung, us politischen Grür ftlingshilfegesetz?	durch Unfall, Arbeitsunfa Gewahrsam im Sinne de den außerhalb der Bund	
		Aktenze	nnt von weld	cher Stelle		
	he Behar alls Ergän	_	olatt R02°	11 verwenden)		Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen
9.1 Bei wer Hausarzt (Name				n Zeit in ambulant	er ärztlicher Behandlungí	?
genaue Anschrift	t					
Telefonnummer						
Behandlung weg	en					
in Behandlung se	eit				wann zuletzt	



Versicherungsnummer		Kennzeichen (soweit bekannt)		
Bei Antrag auf Hinterbliebene	enrente:			
Versicherungsnummer der /		iicherten		
noch Ziffer 9.1	Janilah Arman			
Arzt (Name, Vorname, Fac	chrichtung)			
genaue Anschrift				
Telefonnummer				
Behandlung wegen				
in Behandlung seit			wann zuletzt	
Arzt (Name, Vorname, Fac	chrichtung)			
genaue Anschrift				
Telefonnummer				
Behandlung wegen				
in Behandlung seit			wann zuletzt	
9.2 Waren Sie in de	n letzten Jahren ir Name des Krankenh		nkenhausbehandlung?	
nein ja	genaue Anschrift			
	Abteilung, Station			
	Behandlung wegen			
	vom - bis			
10 Ärztliche Unter	suchungen			Ärztliche Unterlagen sowei vorhanden bitte beifügen
Wurden ärztliche Unte				
10.1 vom Medizinisc		Krankenkassen ir asse oder der Pflegeka	m Auftrag der Krankenkasse asse	oder Pflegekasse
nein ija	Aktenzeichen			
	am			



Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)	
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:	
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	
10.2 im Auftrag der Agentur für Arbeit	
Name der Agentur für Arbeit	
nein ja	
Kundennummer	
am	
10.3 im Auftrag der Berufsgenossenschaft	
Name der Berufsgenossenschaft	
nein ja	
Aktenzeichen	
am	
10.4 im Auftrag des Arbeitgebers vom Personalarzt oder Betriebsarzt	
Name des Arbeitgebers	
nein ja	
Anschrift	
Personalnummer	
am	
10.5 im Auftrag einer sonstigen Stelle (zum Beispiel Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Jobcenter,	
Gesundheitsamt, Blindengeldstelle, Privatversicherung)	
Name der sonstigen Stelle	
nein ja	
Aktenzeichen	
am	
10.6 zur Feststellung einer Schwerbehinderung	
von welcher Stelle	
nein 🔲 ja	
Aktenzeichen	
am	



Version	cherungs	snummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
	Ι.	1 1 1	
		Hinterblieber	nenrente: / des verstorbenen Versicherten
VEISIC	riciungs	nammer der	ves version behalf versionerten
11	Leist	tungen zu	r Teilhabe
			n zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden
(Zuii	n beist	olei Kui, O	mschulung)? Ort
	nein	∟∟ ја	Kostenträger
			Aktenzeichen
			vom - bis
11 2	- Sind	zurzoit ool	che Leistungen beantragt?
11.2	Siriu	zurzeit soi	bei welcher Stelle
	nein	∟∟ ја	Aktenzeichen
			beantragt am
11.3	Wurd	le früher e	in Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?
			von welcher Stelle
	nein	Ш ја	Aktenzeichen
			Accización
			abgelehnt am
40	0	4:	de co
12		stige Anga	
12.1	vvurc	ie aniassii	ch eines früheren Rentenantrags eine ärztliche Untersuchung durchgeführt? Versicherungsträger
		Π.	versione ungenager
	nein	∟∟ ja	Aktenzeichen
			Zeitpunkt der Untersuchung
12.2	Sind	Sie aus ge	sundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?
			Grund
	nein	∐ ja	
12.3	Ist eir	ne Verstär	digung in deutscher Sprache möglich?
	nein	ја	
12.3			etscher benötigt?
			Sprache
	nein	☐ ja	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen	Versicherten



Erklärung für den Rentenversicherungsträger

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 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.

2 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).

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	- Unterschrif	ft der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt) Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
3.1 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. Ich willige 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. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.
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 fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.
Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.
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 3.2.
Ort, Datum Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Vers	sicherten
Einwilligungsfähigkeit der / des Rente Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsf	reuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / enberechtigten fähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung nterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.
Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung	g der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.
Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers
Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als des Rentenberechtigten	s Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der /
ist beigefügt.	
wird nachgereicht.	

Versich	ierun	ıgsn	umn	ner										iche beka	n annt)
ı		l	ı	1	I	I							ı	ı	
Bei Antr	ag a	uf H	linter	bliel	bene	enrer	ite:								
Versiche	erung	gsni	umm	er d	er / d	des v	vers	torbe	enen	Ver	sic	hert	ten		



Erklärung für die Antragstellerin / den Antragsteller

Erklärung und Information zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

1 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.

2 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).

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	Unter	schrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 3.



Versicherungsnummer Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten 3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht 3.1 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. Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger auch
3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht 3.1 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
3.1 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
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
Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem
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. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.
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 fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.
Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.
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 3.2.
Ort, Datum Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Vers	sicherten
Einwilligungsfähigkeit der / des Rente Bei nachgewiesener fehlender Einsichts	reuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / enberechtigten fähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung nterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.
Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigun	g der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.
Ort, Datum	Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers
,	Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers s Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der /
Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung al	
Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung al des Rentenberechtigten	

Versicherungsnummer	(soweit bekannt)
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen \	

Wortlaut der Gesetzestexte

§ 66 SGB I

Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

 (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

§ 69 SGB X (Auszug)

Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben

- (1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist
- 1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist, 2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens...

§ 76 SGB X (Auszug)

Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

- (1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer Ärztin oder einer anderen in § 203 Absätze 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.
- (2) Absatz 1 gilt nicht
- 1. im Rahmen des § 69 Absatz 1 Nummern 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass die betroffene Person der Übermittlung widerspricht; die betroffene Person ist von dem Verantwortlichen zu Beginn des Verwaltungsverfahrens in allgemeiner Form schriftlich oder elektronisch auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen.
- 1a. im Rahmen der Geltendmachung und Durchsetzung sowie Abwehr eines Erstattungs- oder Ersatzanspruchs, 2. im Rahmen des § 69 Absatz 4 und 5 und des § 71 Absatz 1 Satz 3, ...

Artikel 7 Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung (Auszug) Bedingungen für die Einwilligung

(3) Die betroffene Person hat das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. ...





Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

R0810

- Bitte Merkblatt über die KVdR beachten -

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit die Voraussetzungen für die KVdR geprüft werden können. Die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 206 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 32 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) verpflichtet.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

(bei Anträgen auf Waisenrente bitte für jede Waise jeweils	einen Vordruck ausfüllen)			
Name	Vorname			
Geburtsname	Geburtsdatum			
Staatsangehörigkeit				
Familienstand	gegebenenfalls Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft			
Versicherungsnummer	Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung			
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)			
Postleitzahl Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)			
2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältn als nein ja 2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zu als	is?			
nein ja 2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)?				
als nein ja				
2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befre wegen nein ja	t worden?			
2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert?	rsicherten (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis			
Ja				



2.6 Beziehen Sie beantragt?	bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche
	seit
nein ja	Rentenversicherungsträger
	Tentenversioneral genager
	Versicherungsnummer
2.7 Beziehen Sie	eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt?
L –	seit
∟ nein	Rentenversicherungsträger, Staat
	Versicherungsnummer / Aktenzeichen
	bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche
beantragt?	seit
nein ia	
	Rentenzeichen / Aktenzeichen
	erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, einer Direktversicherung) - gegebenenfalls auch aus dem Ausland -?
Rapitalleisturig aus	Name der Zahlstelle
nein ia	
	Anschrift
	Aktenzeichen
3 Angaben bei	Antrag auf Waisenrente (bei anderen Rentenarten bitte weiter bei Ziffer 4)
3.1 Waren Sie uni	mittelbar vor Rentenantragstellung privat krankenversichert?
	erbedatum und die Versicherungsnummer des verstorbenen Versicherten angeben
Sterbedatum	Versicherungsnummer des Verstorbenen
	bei Ziffer 6 beziehungsweise 7
ja, bitte weiter	bei Ziffer 4
4 Angaben zur	Prüfung der Vorversicherungszeit
4.1 Sind Sie berei	ts als Rentner in der KVdR krankenversichert?
nein, bitte weiter	bei Ziffer 4.2
Name und Ar	schrift der Krankenkasse
ja ja bitte weiter	bei Ziffer 5 beziehungsweise 6



4.2 Wann wurde erstma	ilig eine Erwerbst	ätigkeit aufgenomm	en - gegebenen	falls auch im Aı	usland -?
Tag Monat	Jahr				
am					
4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt Vordruck R0811 verwenden) - Angaben sind frühestens ab 1.1.1992 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1992, geben Sie diese bitte auch an					
Zeitraum vom - bis					
Name und Anschrift der Kranken ehemaligen DDR -	kasse / des privaten K	rankenversicherungsunte	ernehmens - gegebei	nenfalls auch Sozia	lversicherung der
Art der Versicherung	Mitglied	Familienversiche	erung Pr	ivat	keine
Zeitraum vom - bis					
Name und Anschrift der Kranken ehemaligen DDR -	kasse / des privaten K	írankenversicherungsunte	ernehmens - gegebei	nenfalls auch Sozia	lversicherung der
Art der Versicherung	Mitglied	Familienversiche	erung Pr	ivat	keine
Zeitraum vom - bis					
Name und Anschrift der Kranken ehemaligen DDR -	kasse / des privaten K	(rankenversicherungsunte	ernehmens - gegebel	nenfalls auch Sozia	lversicherung der
Art der Versicherung	Mitglied	Familienversiche	erung Pr	rivat	keine
Zeitraum vom - bis					
Name und Anschrift der Kranken ehemaligen DDR -	kasse / des privaten K	rankenversicherungsunte	ernehmens - gegebei	nenfalls auch Sozia	lversicherung der
Art der Versicherung	Mitglied	Familienversiche	erung Pr	ivat	keine
4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt Vordruck R0811 angeben)					
nein, bitte weiter bei Zi	ffer 4.5				
ja Kind 1					
Name, Vorname				Gebu	rtsdatum
Kindschaftsverhä	ältnis				
Leibliches Kind / minderjähriges Volljähriges Adoptivkind Stiefkind Pflegekind Adoptivkind (zum Zeitpunkt der (zum Zeitpunkt der Adoption) Adoption)					
Kind 2					
Name, Vorname				Gebu	rtsdatum
Kindschaftsverhä	ältnis				
	nd / minderjährige (zum Zeitpunkt de		Adoptivkind unkt der	Stiefkind	Pflegekind



4.5 Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?					
nein, bitte weiter bei Ziffer 4.6					
anerkannt seit		Tag Monat Jahr			
ja	Antrag vom				
4.5.1 Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?					
Tag Monat Jahr					
am					
4.6 Sind beziehungsweise waren Sie als selbständiger	Künstler oder Publizist tätig?				
seit, vom - bis					
nein ja					
E Angelon Tur Develon and Turn Krenkenagerichen	vunanavauhältuia alaa vavatauh	on an Varaiahartan			
5 Angaben zur Person und zum Krankenversicher (nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder					
5.1 Name	Vorname	,			
Geburtsname	Geburtsdatum	Sterbedatum			
Versicherungsnummer des Verstorbenen					
Bei Anträgen auf Halbwaisenrente hier bitte Name, Vo Elternteils eintragen:	rname, Geburtsdatum, Kranker	nkasse des anderen			
Literriteiis eiritrageri.					
5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzli	ichen Rentenversicherung oder	aus der Alterssicherung			
der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt (gegeb					
nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3					
seit					
jaja Versicherungsträger					
· Crossing angulages					
Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen					
5.2.1 War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVo	dR krankenversichert?				
<u> </u>					
nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3					
Name und Anschrift der Krankenkasse					
jaja					
bitte weiter bei Ziffer 6					
5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?					
Tag Monat Jahr					
am ,					



5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt Vordruck R0811 verwenden) - Angaben frühestens vom 1.1.1992 an -								
Zeitraum von	n - bis							
Name und An ehemaligen D		kasse / des privaten ł	Krank	enversicherungsunternehmens	s - geg	gebenenfalls auch	Sozia	alversicherung der
Art der Ver	sicherung	Mitglied		Familienversicherung		Privat		keine
Zeitraum von	n - bis		•				'	
Name und Ansehemaligen DI		asse / des privaten k	(ranke	enversicherungsunternehmens	- geg	ebenenfalls auch	Sozia	lversicherung der
Art der Ver		Mitglied		Familienversicherung		Privat		keine
Zeitraum von	n - DIS							
Name und Ansehemaligen Di		asse / des privaten k	(ranke	enversicherungsunternehmens	- geg	ebenenfalls auch	Sozia	lversicherung der
Art der Ver	sicherung	Mitglied		Familienversicherung		Privat		keine
Zeitraum von	n - bis							
Name und Ansehemaligen Di		asse / des privaten k	(ranke	enversicherungsunternehmens	- geg	ebenenfalls auch	Sozia	lversicherung der
Art der Ver	sicheruna	Mitglied		Familienversicherung		Privat		keine
				Kinder bitte im Ergänzur	ngsbl		R08	
nein, bit	tte weiter bei Zif	fer 5.6						
ja K i	ind 1							
-	ame, Vorname						Gebu	rtsdatum
_	indschaftsverhä	Itnic						
	Ieibliches Kin	d / minderjährige zum Zeitpunkt de		volljähriges Adoptivl (zum Zeitpunkt der Adoption)	kind	Stiefki	nd	Pflegekind
K	ind 2							
Na 	ame, Vorname						Gebu	rtsdatum
	indschaftsverhä	 Itnis						
		d / minderjährige zum Zeitpunkt de		volljähriges Adoptivi (zum Zeitpunkt der Adoption)	kind	Stiefki	nd	Pflegekind
5.6 War	der Verstorbene	anerkannter Sp	ätau	ussiedler oder wurde ein	ents	prechender A	ntra	g gestellt?
nein, bit	tte weiter bei Zif	fer 6						
ar	erkannt seit						Tag	Monat Jahr
ja						Antrag vom		



5.6.1 Wann ist der Verstorbene aus dem Ausland zuge	ezogen?				
Tag Monat Jahr					
am					
6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder priv	aten Krankenversicherung				
Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder Rentenversicherungsträger zu beantragen ist.	privaten Krankenversicherung beim				
Diesen Zuschuss beantrage ich / habe ich beantragt.					
7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstell Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem nach bestem Wissen gemacht habe.	ers Vordruck und gegebenenfalls auf dem Ergänzungsblatt				
Das Merkblatt über die KVdR habe ich erhalten.	Anlage Ergänzungsblatt R0811				
Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Bevollmächtigten				



Name, Anschrift der Krankenkasse	コ
8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Ste (zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, V	
Datum der Rentenantragstellung, Rentenart	Antrag weitergeleitet an: (Name des Rentenversicherungsträgers)
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente: Vorschuss Renten Service, oder der knappschaftlichen Rentenvers am	
nein ja	4.4. adan ina Funii na unanah latt Vanduu ak D0044
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nach	
Kind 1 Kind 2 Kind 3	Kind 4 Kind 5 Kind 6
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nac	<u> </u>
Kind 1 Kind 2 Kind 3	Kind 4 Kind 5 Kind 6
Das Merkblatt über die KVdR ist ausgehändigt worden.	
Ort, Datum	Unterschrift, Stempel der den Antrag aufnehmenden Stelle
9 Bearbeitungsvermerk der Krankenkasse	
KVdR-Voraussetzungen erfüllt? Daten erfasst am:	
nein ja	Handzeichen, Datum

