

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 Rentenanspruch)**
- 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 Rentenanspruch zur Feststellung der Erwerbsminderung**
- 7 R0810 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V**

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**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)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		Telefon	
Adresszusatz		Telefax	
Postleitzahl	Wohnort		

2 Die versicherte Person absolvierte nach dem vollendeten 17. Lebensjahr

☐	eine überwiegend allgemeinbildende schulische Ausbildung (Schulbesuch)
☐	eine berufsbildende schulische Ausbildung (Fachschulbesuch)
☐	eine akademische Ausbildung (Fachhochschule / Hochschule)
Fachrichtung / Bezeichnung der Ausbildung	
Name der Ausbildungsstätte, Ort	
Zeitraum vom	Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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?

☐ ja, Zeitraum vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Grund _____

☐ nein

4.2. Wurde die Ausbildung mit einer Abschlussprüfung beendet?

als

☐ ja, _____

Datum der Prüfung

Tag	Monat	Jahr

☐ nein, letzter Unterrichtstag, falls eine Abschlussprüfung nicht vorgesehen ist oder nicht

abgelegt wurde

Tag	Monat	Jahr

5 Bei Promotion

Fachrichtung _____

Datum der Promotion

Tag	Monat	Jahr

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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**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 Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Telefon	Telefax		
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Tag Monat Jahr

Zuzug aus dem Ausland? ☐ nein ☐ ja, am

Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)

Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)

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

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Telefon

Telefax

3 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 3.2)

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

☐ nein

☐ ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, gegebenenfalls weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

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?



Beweismittel bitte beifügen**4.4** Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

- ☐ nein ☐ ja, 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 5

4.5 Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

- ☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5 ☐ ja

4.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

- ☐ nein, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 5 ☐ ja

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

- ☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen

5 Anrechnungszeiten (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)**5.1** Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

- ☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen

5.2 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.06.1983 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".

- ☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck F870 ausfüllen und beifügen

6 Angaben zu Kindern**6.1** Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

- ☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

6.2 Haben Sie ab dem 1.1.1992 Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

- ☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Pflegekind

☐ zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über
Pflegeleistungen ☐ ist beigelegt ☐ liegt nicht vor ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

7 Sonstige Angaben

Beweismittel bitte beifügen

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

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

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

7.2 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis oder - weil Sie aus dem Dienstverhältnis ausgeschieden sind - 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 bezogen Sie bereits eine Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

☐ nein ☐ ja, seit

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger (gegebenenfalls ausländischer Versicherungsträger)

Versicherungsnummer



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

8 Dokumentenzugang

8.1 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:

8.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- ☐ als Großdruck
- ☐ in Braille (Kurzschrift)
- ☐ in Braille (Vollschrift)
- ☐ als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- ☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

9 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

10 Anlagen

--

11 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1) werden bestätigt durch:	
☐ Geburtsurkunde	☐ Personalausweis ☐
Stempel	Datum, Unterschrift



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

Fragebogen für Anrechnungszeiten

V0410

Handschriftliche Ergänzungen bitte
in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	

Haben Sie folgende Zeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0411).

2 Krankheit / Rehabilitation

Beweismittel bitte beifügen

2.1 Waren Sie arbeitsunfähig wegen Krankheit?	
☐	nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2 vom - bis
☐	ja, vom - bis
2.1.1 Wurden ab dem 1.1.1984 Leistungen (zum Beispiel Krankengeld) an Sie gezahlt?	
☐	nein
☐	ja,
	Art der Leistung
	von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen
	vom - bis
	Art der Leistung
	von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

2.2 Haben Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten?
(zum Beispiel Heilbehandlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)

☐

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.3

vom - bis

☐

ja,

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

vom - bis

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

2.2.1 Wurden während dieser Zeiten Leistungen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?

vom - bis

☐

nein

☐

ja,

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

vom - bis

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

2.3 Waren Sie zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?

vom - bis

☐

nein

☐

ja,

vom - bis

3 Schwangerschaft / Mutterschutz

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Liegen Zeiten der Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen vor?

vom - bis

☐

nein

☐

ja,

vom - bis





Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

5.2 Handelte es sich bei diesen Ausbildungen um Teilzeitausbildungen, Abendausbildungen oder Fernausbildungen?

vom - bis

☐ 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?

☐ nein ☐ ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

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?

☐ nein ☐ ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja

5.3 Haben Sie an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr teilgenommen?

vom - bis

☐ 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.





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG)

Beweismittel bitte beifügen

9.1 Haben Sie Zeiten des Gewahrsams im Sinne des HHG im Ausland ab 1.1.1992 zurückgelegt?	
vom - bis	
☐ nein	☐ ja
Ort beziehungsweise Gebiet des Gewahrsams	

10 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

11 Anlagen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**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 (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 ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 einem 2. Antragsvordruck angeben.)

Für folgende Kinder wird die Anrechnung von Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten beantragt. (Bitte Geburtsurkunden, Familienbuch oder Stammbuch beifügen - entfällt, wenn Kindererziehungszeiten bereits angerechnet worden sind beziehungsweise die Personenstandsdaten am Ende dieses Antrags bestätigt werden.):

Kind 1

Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)	
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsort	Geburtsstaat
Geburtsdatum Tag Monat Jahr	gegebenenfalls Sterbedatum Tag Monat Jahr
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind? ☐ nein ☐ ja, ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.	
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)? ☐ ja ☐ nein, Beginn Tag Monat Jahr und Ende Tag Monat Jahr	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Kind 2

Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)	
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsort	Geburtsstaat
Geburtsdatum Tag Monat Jahr	gegebenenfalls Sterbedatum Tag Monat Jahr
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?	
☐ nein ☐ ja, ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.	
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)?	
☐ ja ☐ nein, Beginn Tag Monat Jahr und Ende Tag Monat Jahr	

3 Angaben zum Wohnsitz während der Erziehungszeiten

3.1 Hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten Ihren Wohnsitz im Gebiet der früheren DDR beziehungsweise in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen oder im Ostteil von Berlin?	
☐ nein ☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr	

4 Angaben zu deutschen Versorgungsanwartschaften außerhalb der Rentenversicherung

4.1 Haben Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten einem anderen deutschen Alterssicherungssystem angehört?	
☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2 ☐ ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten angeben:	
☐ beamtenrechtliche oder ähnliche Versorgung (zum Beispiel als Beamter, Richter oder DO-Angestellter)	
vom Tag Monat Jahr	bis Tag Monat Jahr
Art der Tätigkeit	
Versorgungsträger	
Anschrift	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 4.1

☐ **kirchenrechtliche Versorgung** (zum Beispiel als Geistlicher)

vom

Tag
 Monat
 Jahr

 bis

Tag
 Monat
 Jahr

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?

☐ nein
 ☐ ja,
 vom

Tag
 Monat
 Jahr

 bis

Tag
 Monat
 Jahr

 von welcher Stelle

5 Angaben zu einer selbständigen Tätigkeit

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:

vom

Tag
 Monat
 Jahr

 bis

Tag
 Monat
 Jahr

Art der Tätigkeit

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen

DM / EUR
 Betrag

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?

☐ nein
 ☐ ja,
 vom

Tag
 Monat
 Jahr

 bis

Tag
 Monat
 Jahr



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat / Gebiet _____

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

Tag	Monat	Jahr

 bis

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?

☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

bitte 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

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat _____

Versicherungsträger _____

Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____







Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 Ausnahmereinbarung im Sinne des überstaatlichen und zwischenstaatlichen Rechts (Europarecht, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?

☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Ausnahmereinbarung wurde ausgestellt von

ausgestellt am

Tag	Monat	Jahr

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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3 Angaben zum Elternteil, der den Antrag nicht stellt (bitte Erläuterungen beachten)		
Name		Vorname
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum	Versicherungsnummer	
Es wird bestätigt, dass die Angaben zur Erziehung den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Unterschrift des anderen Elternteils Datum, Unterschrift des Elternteils, der den Antrag nicht stellt		
☐ Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, wird auf einer Kopie dieses Antrags nachgereicht. ☐ Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, kann aus folgendem Grund nicht erfolgen: ☐ Der andere Elternteil ist verstorben. ☐ Der Aufenthaltsort des anderen Elternteils ist unbekannt. ☐ Sonstige Gründe:		

12 Angaben zu übereinstimmenden Erklärungen

12.1 Haben Sie oder der andere Elternteil für die in Ziffer 2 angegebenen Kinder eine übereinstimmende Erklärung über die Zuordnung der Erziehungszeiten zu einem anderen Elternteil bei einem Rentenversicherungsträger oder einem Versorgungsträger (zum Beispiel Beamter / Richter) abgegeben?	
☐ nein	Name des Rentenversicherungsträgers / Versorgungsträgers
☐ ja	

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:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

13.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- ☐ als Großdruck
- ☐ in Braille (Kurzschrift)
- ☐ in Braille (Vollschrift)
- ☐ als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- ☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils, der den Antrag stellt

15 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1) werden bestätigt durch:	
☐ Personalausweis	☐ Reisepass
☐	
Stempel	Datum, Unterschrift
Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2	
Kind / Kinder	
Es lag vor:	
☐ Geburtsurkunde	☐ Familienbuch / Stammbuch
☐	
Stempel	Datum, Unterschrift



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 |



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

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

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

☐ Knappschaftsausgleichsleistung **Vordruck R0230 bitte beifügen** **10**

Die Altersrente soll gezahlt werden als

☐ Vollrente ☐ Teilrente bis 31.12.2022 entsprechend dem Hinzuverdienst

☐ Teilrente in Höhe von % (mindestens 10 %)

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
0	1	

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ 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, Staat)		
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)		
Familienstand:		
☐ nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)		
☐ verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend		
steuerliche Identifikationsnummer		

3 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (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

☐ Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.
 In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **A1309, A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**

5 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 5.2)

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?													
☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2													
☐ ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:													
☐ Beitragszeiten	vom <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
genaue Bezeichnung der Tätigkeit													
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn													
Anschrift													
zuständige Krankenkasse													



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

Beweismittel bitte beifügen

☐	Beitragszeiten	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
genaue Bezeichnung der Tätigkeit						
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn						
Anschrift						
zuständige Krankenkasse						
☐	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)					Geburtsdatum	
zuständige Pflegekasse						
☐	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)					Geburtsdatum	
zuständige Pflegekasse						
☐	selbständige Tätigkeit	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
☐	selbständige Tätigkeit	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
5.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?						
☐ nein ☐ ja, bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen						
5.3 Haben Sie für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?						
☐ nein						
☐	ja,	vom	Tag Monat Jahr	bis	Tag Monat Jahr	
Art der Leistung						
Nachweise ☐ sind beigelegt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht						



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

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

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

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			
	Tag	Monat	Jahr				
Tag der Abschlussprüfung							
Art der Berufsausbildung							

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			
	Tag	Monat	Jahr				
Tag der Abschlussprüfung							
Art der Berufsausbildung							

Nachweise (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

- ☐ sind beigelegt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

6 **Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen**

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

- ☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6
- ☐ ja

6.2 Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

☐ nein

☐ ja,

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			
Versicherungssystem / Sondersystem							
Staat							
ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen							



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

6.3 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

☐	nein	☐	ja,	vom		bis								
				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, Aserbaidshan, 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 Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?

☐	nein											
☐	ja,	vom		bis								
		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 sollen

8.2 Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Pflegekind

☐ zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen ☐ ist beigelegt ☐ liegt nicht vor ☐ wird nachgereicht

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

Versorgungsdienststelle

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

☐ ist beigelegt ☐ liegt nicht vor ☐ wird nachgereicht

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

☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen



9.3 Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft 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.

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

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,
Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn Sie in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet haben.

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 9.7

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6

☐ ja, Unfalltag

Tag Monat Jahr

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

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

☐ nein
☐ ja, am Tag Monat Jahr
bei welcher Stelle

Aktenzeichen

9.6 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".)

☐ nein, 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

☐ ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein

☐ ja, am

Tag	Monat	Jahr

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

Tag	Monat	Jahr

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

☐ ja ☐ bis zum Rentenbeginn ☐ voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ ja ☐ bis zum Rentenbeginn ☐ voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

pflegebedürftige Person (Name, Vorname)

Geburtsdatum

9.7.5 Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Übergangsgebühren der Bundeswehr?

☐ nein

☐ ja ☐ bis zum Rentenbeginn ☐ voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen

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

☐ nein ☐ ja, **Erklärung (Vordruck R0230)** ☐ ist beigelegt ☐ 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 ☐ ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

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

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

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

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

- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

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

Erklärung (Vordruck R0230) ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 10



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja ☐ eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt

☐ beantragt am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

bitte weiter bei Ziffer 10

9.11 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

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

☐ nein ☐ ja

9.11.2 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland? Hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter.

☐ nein ☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

9.11.4 Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?

☐ nein ☐ ja

9.11.5 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

☐ nein ☐ ja

9.11.6 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird.

☐ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Anschrift

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10 Andere Leistungen

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

10.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland)

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

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

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

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

Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

 Jahr der Abfindung

--	--	--	--

10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.3.1 Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

☐ nein ☐ ja

10.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; **Verletztengeld**; **Versorgungskrankengeld**; **Überbrückungsgeld** der Seemannskasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, **Kurzarbeitergeld** von Ihrem Arbeitgeber

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10.6

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.5.1 Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

☐ nein ☐ ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

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

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10.9 Elterngeld von den Elterngeldstellen

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.10 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.11 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10.12 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

☐	nein												
☐	ja, vom <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> zahlende Stelle	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
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 - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

☐	nein												
☐	ja, vom <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
	beantragt am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> zahlende Stelle	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr											
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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

11.3 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 12

☐ ja

11.3.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

☐ nein ☐ ja

11.3.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

☐ nein

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

☐ ja

Anschrift

Land

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

11.3.3 Sind Sie privat krankenversichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 12

☐ ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**
Vordruck R0821 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

11.3.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 12

☐ ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens
des / der Familienangehörigen

EUR

Cent



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein
 ☐ ja,

seit

Tag

Monat

Jahr

Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

12 Pflegeversicherung

12.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

☐ nein

Name, Vorname des Kindes

☐ ja

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis
 ☐ leibliches Kind / Adoptivkind
 ☐ Stiefkind
 ☐ Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** unter Ziffer 16 **bestätigt** werden oder das Versicherungskonto Kindererziehungszeiten beziehungsweise Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung enthält.

13 Dokumentenzugang

13.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

☐ Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

13.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- ☐ als Großdruck
- ☐ in Braille (Kurzschrift)
- ☐ in Braille (Vollschrift)
- ☐ als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- ☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen beziehungsweise nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbsersatz Einkommen 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 Tarifierhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

Die hochgerechneten Entgelte werden der jetzt beantragten Rente dauerhaft zugrunde gelegt, auch wenn sich die Hochrechnung nachteilig auswirkt.

Mir ist bekannt, dass ich einen Antrag auf Altersrente für schwerbehinderte Menschen auch dann stellen kann, wenn die Feststellung einer Schwerbehinderung zwar beantragt, das Feststellungsverfahren aber noch nicht abgeschlossen ist. Der Nachweis über die Schwerbehinderung kann nachgereicht werden. Eine spätere Antragstellung kann unter Umständen dazu führen, dass die Altersrente für schwerbehinderte Menschen überhaupt nicht gezahlt werden kann.





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche
Rentenversicherung**

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

1 Angaben zur Person

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Angaben zur Person der / des Hinterbliebenen

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis

3.1 Wer ist / war Ihr letzter Arbeitgeber (auch bei geringfügiger Beschäftigung)? Name, Anschrift
3.2 Wie ist / war Ihre tägliche Arbeitszeit? Tage pro Woche, Stunden täglich
3.3 Besteht das Arbeitsverhältnis beim Arbeitgeber (zumindest formal) noch? ☐ nein ☐ ja

4 Berufsausbildung der rentenberechtigten Person

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)? ☐ nein ☐ ja vom - bis erlernter Beruf Prüfung bestanden ☐ nein ☐ ja vom - bis erlernter Beruf Prüfung bestanden ☐ nein ☐ ja
4.2 Wurde eine Umschulung durchgeführt? ☐ nein ☐ ja vom - bis Umschulungsberuf Kostenträger Aktenzeichen erfolgreich beendet ☐ nein ☐ ja
4.3 Wurden weitere Qualifikationen absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)? ☐ nein ☐ ja vom - bis Art der Ausbildung erfolgreich beendet ☐ nein ☐ ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
 Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Beweismittel bitte beifügen

4.4 Bestand ein Anlernverhältnis?

vom - bis

☐ nein
 ☐ ja

angelernter Beruf _____

erfolgreich beendet ☐ nein ☐ ja

5 Beschäftigungsübersicht (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)
 Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.

Zeitraum vom - bis	genaue Bezeichnung der Beschäftigung oder Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Bezeichnung des Tarifvertrages Gehaltsgruppe / Lohngruppe	aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit, Kündigung)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 Selbständige Erwerbstätigkeit

6.1 Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus?

Datum und Grund der Aufgabe (zum Beispiel Löschung in der Handwerksrolle, Abmeldung beim Gewerbeamt - bitte nachweisen)

☐ nein

☐ ja

☐ im eigenen gewerblichen Betrieb beziehungsweise im Betrieb eines Familienangehörigen
☐ im eigenen landwirtschaftlichen Betrieb beziehungsweise im landwirtschaftlichen Betrieb eines Familienangehörigen
☐ im sonstigen freien Beruf

Art und Umfang der Tätigkeit

gegebenenfalls Verwandtschaftsverhältnis

Größe des landwirtschaftlichen Betriebes in Hektar

6.2 Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig?

☐ nein ☐ ja

7 Angaben von Arbeitsuchenden

7.1 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet?

seit

☐ nein ☐ ja

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

das Arbeitsgesuch / Vermittlungsgesuch bezieht sich auf folgende Berufstätigkeiten:

8 Begründung des Rentenanspruchs

8.1 Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit

wegen

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



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

8.2 Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? Art _____	
Umfang - wie viele Stunden täglich _____	
8.3 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? seit ☐ nein ☐ ja _____ Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle	
8.4 Sind Sie schwerbehindert? ☐ nein, sofern vorhanden, bitte Ablehnungsbescheid beifügen ☐ ja, bitte Anerkennungsbescheid beifügen und weiter bei Ziffer 8.5	
8.4.1 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert? ☐ nein ☐ ja, bitte Gleichstellungsbescheid / Zusicherungsbescheid der Agentur für Arbeit beifügen	
8.5 Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden - Häftlingshilfegesetz? durch ☐ nein ☐ ja _____ anerkannt von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____	

9 Ärztliche Behandlung (gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)		Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen
9.1 Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung? Hausarzt (Name, Vorname, Fachrichtung) _____		
genaue Anschrift _____		
Telefonnummer _____		
Behandlung wegen _____		
in Behandlung seit _____	wann zuletzt _____	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

noch Ziffer 9.1

Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung)	
genaue Anschrift	
Telefonnummer	
Behandlung wegen	
in Behandlung seit	wann zuletzt
Arzt (Name, Vorname, Fachrichtung)	
genaue Anschrift	
Telefonnummer	
Behandlung wegen	
in Behandlung seit	wann zuletzt
9.2 Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? ☐ nein ☐ ja Name des Krankenhauses _____ genaue Anschrift _____ Abteilung, Station _____ Behandlung wegen _____ vom - bis _____	

10 Ärztliche Untersuchungen

Ärztliche Unterlagen soweit
vorhanden bitte beifügen

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren durchgeführt?	
10.1 vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Auftrag der Krankenkasse oder Pflegekasse	
Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse	
☐	nein
☐	ja
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



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

11.1 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)?	
☐ nein	☐ ja
Ort _____	
Kostenträger _____	
Aktenzeichen _____	
vom - bis _____	
11.2 Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?	
☐ nein	☐ ja
bei welcher Stelle _____	
Aktenzeichen _____	
beantragt am _____	
11.3 Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?	
☐ nein	☐ ja
von welcher Stelle _____	
Aktenzeichen _____	
abgelehnt am _____	

12.1 Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?

Versicherungsträger

☐ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Zeitpunkt der Untersuchung

12.2 Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?

Grund

☐ nein ☐ ja

12.3 Ist eine Verständigung in deutscher Sprache möglich?

☐ nein ☐ ja

12.3.1 Wird ein Dolmetscher benötigt?

Sprache

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche
Rentenversicherung**

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

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

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

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

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

☐ ist beigelegt.

☐ wird nachgereicht.



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

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

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

☐ ist beigefügt.

☐ wird nachgereicht.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

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 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis? als ☐ nein ☐ ja
2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)? als ☐ 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 befreit worden? wegen ☐ nein ☐ ja
2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert? Name, Vorname, Geburtsdatum des Stammversicherten (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis ☐ nein ☐ ja _____



2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

seit

☐ nein ☐ ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt?

seit

☐ nein ☐ ja

Rentenversicherungsträger, Staat

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt?

seit

☐ nein ☐ ja

Rentenzeichen / Aktenzeichen

2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - gegebenenfalls auch aus dem Ausland -?

Name der Zahlstelle

☐ nein ☐ ja

Anschrift

Aktenzeichen

3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente (bei anderen Rentenarten bitte weiter bei Ziffer 4)

3.1 Waren Sie unmittelbar vor Rentenantragstellung privat krankenversichert?

☐ nein, bitte das Sterbedatum und die Versicherungsnummer des verstorbenen Versicherten angeben

Sterbedatum

Versicherungsnummer des Verstorbenen

und weiter bei Ziffer 6 beziehungsweise 7

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 4

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2

Name und Anschrift der Krankenkasse

☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 5 beziehungsweise 6



4.2 Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

am

Tag	Monat	Jahr

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 Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

☐ ja **Kind 1**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ Stiefkind

☐ Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ Stiefkind

☐ Pflegekind



4.5 Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?			
☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.6 anerkannt seit ☐ ja Antrag vom Tag Monat Jahr 			
4.5.1 Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?			
am Tag Monat Jahr 			
4.6 Sind beziehungsweise waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig?			
seit, vom - bis ☐ nein ☐ ja			

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten
 (nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 6)

5.1 Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	Sterbedatum
Versicherungsnummer des Verstorbenen			
Bei Anträgen auf Halbwaisenrente hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des anderen Elternteils eintragen: 			
5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt (gegebenenfalls auch Mehrfacheintragung)?			
☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3 seit			
☐ ja Versicherungsträger			
Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen			
5.2.1 War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?			
☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3 Name und Anschrift der Krankenkasse			
☐ ja bitte weiter bei Ziffer 6			
5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?			
am Tag Monat Jahr 			



5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden) - Angaben frühestens vom 1.1.1992 an -

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

5.5 Hatte der Verstorbene Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 5.6

☐ ja **Kind 1**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ Stiefkind

☐ Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

☐ leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

☐ Stiefkind

☐ Pflegekind

5.6 War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 6

anerkannt seit

☐ ja

Antrag vom Tag Monat Jahr



5.6.1 Wann ist der Verstorbene aus dem Ausland zugezogen?

am

Tag	Monat	Jahr

6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung beim Rentenversicherungsträger zu beantragen ist.

Diesen Zuschuss ☐ beantrage ich / habe ich beantragt.

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und gegebenenfalls auf dem Ergänzungsblatt nach bestem Wissen gemacht habe.

Das Merkblatt über die KVdR habe ich erhalten.

☐ Anlage **Ergänzungsblatt R0811**

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Bevollmächtigten



Name, Anschrift der Krankenkasse

8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

(zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

Datum der Rentenanspruchstellung, Rentenart	Antrag weitergeleitet an: (Name des Rentenversicherungsträgers)
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente: Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, oder der knappschaftlichen Rentenversicherung beantragt? am ☐ nein ☐ ja	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 4.4 oder im Ergänzungsblatt Vordruck R0811 angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ Kind 6	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 5.5 oder im Ergänzungsblatt Vordruck R0811 angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). ☐ 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?	
☐ nein ☐ ja	Daten erfasst am:
Handzeichen, Datum	

