

Fall 3: Lösung:

Cindy Loos*

.. Übungsphase Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung

* Mitarbeiterin der Bildungsabteilung

Herausgegeben von der
Deutschen Rentenversicherung Bund
2160 Berufliches TrainingsCenter – Team Fachliche Trainings
Die Bildungsabteilung
Berlin-Wilmersdorf, Dienstgebäude Hohenzollerndamm 46-47, 10713 Berlin
Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Ansprechpartner: Angela Wardinski
030 865-82410, Angela.Wardinski@drv-bund.de

Stand: 01.01.2024

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 %)

Tag	Monat	Jahr
0 1		

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

2 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> 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 5.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _	bis	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn									
Anschrift									
zuständige Krankenkasse									
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _	bis	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _	bis	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _	bis	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
<input type="checkbox"/>	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?									
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)?									
<input type="checkbox"/> nein									
<input type="checkbox"/>	ja,	vom	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _	bis	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
Art der Leistung									
Nachweise <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht									



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?

nein ja Versorgungsdienststelle

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 Fremdrentengesetz** zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurden?

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

bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 9.7

9.5 Ist eine zum Rentenantrag 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)

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)													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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											
	zahlende Stelle												
verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname)													
Versicherungsnummer	Geburtsdatum												
10.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)													
<input type="checkbox"/>	nein												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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											
	zahlende Stelle												
Aktenzeichen													
Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)													
Unfalltag	Jahr der Abfindung												
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
Tag	Monat	Jahr											
10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4												
<input type="checkbox"/>	ja, vom <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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											
	zahlende Stelle												
Aktenzeichen													



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)
---------------------	---------------------------------

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 Erwerb ersatz 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 Tariferhöhung oder Mehrarbeit) ergeben.

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

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



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

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich), und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

15 Anlagen

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

16 Bestätigungsvermerk							
Die Angaben zur Person (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass						
Das Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes	<input type="checkbox"/> Familienbuch / Familienstammbuch						
<input type="checkbox"/> _____							
Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.							
Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis:	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> unbefristet	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Es ist beigefügt:							
_____ Dienststempel	_____ Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden						



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

R0210

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

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

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/>	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	Vormund
<input type="checkbox"/>	Betreuer	<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen	
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)?

vom - bis

nein ja

erlernter Beruf

Prüfung bestanden nein ja

vom - bis

erlernter Beruf

Prüfung bestanden nein ja

4.2 Wurde eine **Umschulung** durchgeführt?

vom - bis

nein ja

Umschulungsberuf

Kostenträger

Aktenzeichen

erfolgreich beendet nein ja

4.3 Wurden weitere **Qualifikationen** absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)?

vom - bis

nein ja

Art der Ausbildung

erfolgreich beendet nein ja



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 Rentenantrags

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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle _____
8.4 Sind Sie schwerbehindert? <input type="checkbox"/> nein, sofern vorhanden, bitte Ablehnungsbescheid beifügen <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ anerkannt von welcher Stelle _____ Aktenzeichen _____

9 Ärztliche Behandlung **Ärztliche Unterlagen soweit vorhanden bitte beifügen**
(gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0211 verwenden)

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?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Name der Krankenkasse oder der Pflegekasse	
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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

11 Leistungen zur Teilhabe

11.1 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)?

Ort

nein ja

Kostenträger

Aktenzeichen

vom - bis

11.2 Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?

bei welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen

beantragt am

11.3 Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?

von welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen

abgelehnt am

12 Sonstige Angaben

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

3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

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

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

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

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

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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

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

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen 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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

3.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

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

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

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

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

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

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

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

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 3.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen 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.



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		Krankenversicherternummer der gesetzlichen Krankenversicherung	
Straße, Hausnummer			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort		Telefax (Angabe freiwillig)

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

<p>2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden?</p> <p>wegen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert?</p> <p>Name, Vorname, Geburtsdatum des Stammversicherten (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>



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



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

Tag Monat Jahr

ja

Antrag vom

Tag Monat Jahr



Name, Anschrift der Krankenkasse

8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

(zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

Datum der Rentenanstellung, 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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> Kind 1 <input type="checkbox"/> Kind 2 <input type="checkbox"/> Kind 3 <input type="checkbox"/> Kind 4 <input type="checkbox"/> Kind 5 <input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> Kind 1 <input type="checkbox"/> Kind 2 <input type="checkbox"/> Kind 3 <input type="checkbox"/> Kind 4 <input type="checkbox"/> Kind 5 <input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Daten erfasst am:
	Handzeichen, Datum



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

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,
die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bietet Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen vom Tag der Rentenantragstellung an einen Krankenversicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die KVdR wird nicht durchgeführt, solange Sie nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind oder ein anderer Ausschlussgrund vorliegt. Näheres hierzu können Sie im Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) nachlesen.

Damit die gesetzliche Krankenkasse prüfen kann, ob für Sie eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR in Betracht kommt, haben Sie zugleich mit dem Rentenantrag eine "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" (**Vordruck R0810**) einzureichen. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner, die auch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung einschließt, ist von Ihnen auch abzugeben, wenn Sie die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR offensichtlich nicht erfüllen, weil Sie zum Beispiel seit vielen Jahren bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Allein die zuständige Krankenkasse prüft nach Vorliegen der Meldung die Voraussetzungen für die KVdR und entscheidet über die Mitgliedschaft in der KVdR und Pflegeversicherung. Reichen im Einzelfall die vorhandenen Informationen für eine abschließende Entscheidung nicht aus, fordert die Krankenkasse gegebenenfalls bei der gesetzlichen Rentenversicherung den dort gespeicherten Versicherungsverlauf an, um eine Verzögerung bei der Prüfung der KVdR-Voraussetzungen zu vermeiden. Die Krankenkasse teilt dem Rentenversicherungsträger für die Beitragszahlung aus der Rente die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen mit, die sich durch die Rentenantragstellung ergeben.

Den **Vordruck R0810** brauchen Sie nur dann nicht auszufüllen, wenn die den Rentenantrag aufnehmende Stelle die KVdR-Meldung direkt bei der Rentenantragstellung über ein computerunterstütztes Verfahren maschinell aufnimmt.

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen der KVdR-Meldung erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage in der KVdR-Meldung. Die Fragen in der KVdR-Meldung und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

Die Angaben zu Ihrer Person einschließlich Ihrer Versicherungsnummer und Krankenversicherungsnummer benötigt die Krankenkasse, um die Meldung richtig zuordnen zu können.

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

Bei den Fragen unter Ziffer 2 handelt es sich um Fragen von versicherungsrechtlicher Bedeutung, durch die die Krankenkasse beurteilen kann, ob die KVdR eventuell wegen bestimmter Tatbestände ausgeschlossen ist.

Bitte beachten Sie, dass Versicherungsfreiheit auch dann besteht, wenn Sie nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind. Dies ist unter Ziffer 2.3 einzutragen.

Sollten Sie bei Rentenantragstellung familienversichert sein, besteht für Sie während des Rentenantragsverfahrens eventuell Beitragsfreiheit. Deshalb geben Sie bitte unter Ziffer 2.5 zusätzlich die Personenstandsdaten und das Geburtsdatum des Stammversicherten sowie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Stammversicherten an.

Die Beantwortung der Fragen der Ziffern 2.6 bis 2.9 ist ebenfalls für Ihre korrekte Beitragseinstufung erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass auch Renten von ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern und Versorgungsbezüge aus dem Ausland der Beitragspflicht unterliegen. Daher sind Sie verpflichtet, auch solche Bezüge unter Ziffer 2.7 und 2.9 einzutragen.



3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente

Waisen, die unmittelbar vor der Rentenantragstellung gesetzlich krankenversichert waren, sind ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei bislang privat krankenversicherten Waisen sind für den Eintritt der Versicherungspflicht zusätzliche Voraussetzungen erforderlich. Damit die Krankenkasse diese prüfen kann, benötigt sie die Angaben unter Ziffer 4 und 5.

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

Die Angaben unter Ziffer 4 sind erforderlich, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR erfüllt sind. Sie werden jedoch auch benötigt, um die zuständige Krankenkasse festzustellen. Sollten Sie bereits eine Rente beziehen und deshalb in der KVdR pflichtversichert sein, brauchen Sie unter Ziffer 4.1 nur den Namen und die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie versichert sind. Weitere Angaben unter den Ziffern 4.2 bis 4.6 sind dann nicht erforderlich.

Zur Begründung einer Mitgliedschaft in der KVdR ist es erforderlich, dass Sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums ein Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert waren (sogenannte Vorversicherungszeit). Daher ist unter Ziffer 4.2 das Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit anzugeben. Als Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland. Sofern keine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde, ist der Tag der Eheschließung oder der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einzutragen. Wenn eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes nicht bestand, ist der Tag der Vervollendung des 18. Lebensjahres oder bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt anzugeben.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.3 lückenlos ein, wie Sie bisher krankenversichert waren. Die Angaben sind frühestens ab 1.1.1992 erforderlich, weil für die Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nur die zweite Hälfte Ihres Erwerbslebens maßgebend ist. Unterscheiden Sie beim Krankenversicherungsverhältnis bitte zwischen Zeiten als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Rahmen einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung), einer Familienversicherung, einer privaten Krankenversicherung und Zeiten, in denen kein Krankenversicherungsschutz vorlag. Die Zeiträume einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung müssen anhand von Bescheinigungen belegt werden können. Diese Nachweise brauchen Sie der KVdR-Meldung jedoch nicht beizufügen.

Auf die Vorversicherungszeit können unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten angerechnet werden, während denen Sie bei einer internationalen Organisation beschäftigt waren. Bitte tragen Sie unter Ziffer 4.3 Beginn und gegebenenfalls Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei.

Sofern Sie im Zeitpunkt der Rentenantragstellung ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind, ist es für die Krankenkasse erforderlich zu erfahren, wann und in welcher Form Ihr letzter Krankenversicherungsschutz bestand. In diesem Fall sind hierzu gegebenenfalls auch Angaben zu Versicherungszeiten vor dem 1.1.1992 beizufügen.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.4 ein, ob Sie Kinder haben oder hatten, da für jedes leibliche Kind, Adoptivkind, Stiefkind und Pflegekind pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit angerechnet werden können. Bei Adoptivkindern, die zum Zeitpunkt der Adoption bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten (Erwachsenenadoption), und bei Stiefkindern sind zudem bestimmte Altersgrenzen einzuhalten, sodass volljährige Adoptivkinder und Stiefkinder getrennt einzutragen sind. Bei Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde) können bereits die Personenstandsdaten der Kinder unter Ziffer 8 durch die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt werden. Die Krankenkasse wird dann prüfen, inwieweit eine Anrechnung möglich beziehungsweise erforderlich ist und ob gegebenenfalls noch weitere Nachweise einzureichen sind.



Unter Ziffer 4.5 geben Sie bitte an, ob Sie Spätaussiedler sind. Da in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, ist zusätzlich die Frage unter Ziffer 4.5.1 zu beantworten.

Für Künstler und Publizisten gilt eine erleichterte Vorversicherungszeit. Daher tragen Sie unter Ziffer 4.6 bitte ein, in welchem Zeitraum Sie Künstler oder Publizist waren oder noch sind.

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Die Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten sind nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich. Sollte der Verstorbene bereits eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung bezogen haben (Ziffer 5.2) und in der KVdR versichert gewesen sein (Ziffer 5.2.1), tragen Sie bitte zusätzlich den Namen und die Anschrift der Krankenkasse ein, bei der der Verstorbene versichert war. Weitere Angaben unter den Ziffern 5.3 bis 5.5 sind dann nicht erforderlich. Um die zuständige Krankenkasse zu ermitteln, sind in diesem Fall aber Angaben zu Ihrem Krankenversicherungsverhältnis unter Ziffer 4.3 erforderlich.

War der Verstorbene bei einer internationalen Organisation beschäftigt, tragen Sie unter Ziffer 5.4 bitte Beginn und Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Ansonsten dienen die Angaben unter Ziffer 5.3 bis 5.5 der Prüfung der Vorversicherungszeit in der Person des Verstorbenen. Bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente können Sie nämlich auch dann Mitglied in der KVdR werden, wenn Sie selbst die Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt haben, diese jedoch durch den Verstorbenen erfüllt wird. Aussagen über das Krankenversicherungsverhältnis des Verstorbenen sind frühestens ab 1.1.1992 zu treffen.

Wenn der Verstorbene Kinder hatte, tragen Sie diese bitte unter Ziffer 5.5 ein, denn auch auf die in der Person des Verstorbenen zu prüfende Vorversicherungszeit können für jedes Kind pauschal drei Jahre angerechnet werden (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Bitte beachten Sie, dass Sie bei Anträgen auf Waisenrente für jede Waise eine KVdR-Meldung ausfüllen. Sind die Waisen bei derselben Krankenkasse versichert, ist es jedoch ausreichend, wenn Sie die Angaben unter Ziffer 5.4 nur einmal machen. Bitte vermerken Sie dies durch einen entsprechenden Hinweis auf den anderen KVdR-Meldungen.

Unter Ziffer 5.6 geben Sie bitte an, ob der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler war. Da für diesen Personenkreis unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, gilt die Vorversicherungszeit auch bei den Hinterbliebenen als erfüllt.

6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

Wenn Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten. Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht frühestens vom Rentenbeginn an. Bitte beachten Sie, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung entscheidend ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Deshalb sieht die KVdR-Meldung die Möglichkeit vor, sogleich den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Hierdurch können Sie Nachteile einer verspäteten Antragstellung in den allermeisten Fällen ausschließen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung noch nicht feststeht, ob Sie die KVdR-Vorversicherungszeit erfüllen.

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Eintragungen sowie den Erhalt des Merkblattes zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**).



8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt unter Ziffer 8 den Tag Ihrer Rentenantragstellung.

Bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente ist zusätzlich anzugeben, ob Sie einen Vorschuss für das sogenannte "Sterbevierteljahr" beantragt haben, da der Antrag auf Vorschuss bereits als Rentenantrag gilt und insoweit den Mitgliedschaftsbeginn beeinflusst.

Anschließend leitet die den Antrag aufnehmende Stelle die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" an Ihre zuständige Krankenkasse weiter. Das ist in der Regel die Krankenkasse, bei der Sie zur Zeit der Rentenantragstellung versichert sind beziehungsweise die Sie für den Fall der Versicherungspflicht gewählt haben. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein und für den Fall der Versicherungspflicht keine Krankenkasse gewählt haben, ist die Meldung an die Krankenkasse weiterzuleiten, bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie bisher noch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, wird die Meldung an eine wählbare gesetzliche Krankenkasse weitergeleitet. Die folgenden Krankenkassen sind wählbar: AOK des Wohnortes, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft. In das umrandete Adressfeld sind also der Name und soweit bekannt die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie zurzeit versichert sind beziehungsweise die Sie anlässlich der Rentenantragstellung gewählt haben oder bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie noch nie gesetzlich krankenversichert, können Sie eine wählbare Krankenkasse angeben, an die die Meldung weitergeleitet werden soll.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

