



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

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

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

Knappschaftsausgleichsleistung **10**

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente   
 Teilrente entsprechend dem Hinzuverdienst  
 Teilrente in Höhe von  % (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 <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)

#### 4 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	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**

<b>5.1</b> Haben Sie <b>Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten</b> 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)?																	
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 5.2																
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:																
<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> <td></td> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>vom</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>bis</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr	vom				bis			
	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr										
vom				bis													
genaue Bezeichnung der Tätigkeit																	
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn																	
Anschrift																	
zuständige Krankenkasse																	



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

**Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	<b>Beitragszeiten</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn									
Anschrift									
zuständige Krankenkasse									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _	bis	Tag  _ _	Monat  _	Jahr  _ _
<b>5.2</b> 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, <b>bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen</b>									
<b>5.3</b> 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									
<b>Nachweise</b> <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> 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

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

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

**Beweismittel bitte beifügen**

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

- nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6

- ja

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

- nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen





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 beigefügt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

## 9 Sonstige Angaben

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

nein  ja Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

**Festsetzungsblatt** über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

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

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen









Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### 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

**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







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)

### 10.9 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 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

---

Aktenzeichen

**10.13 Sonstige Leistungen** (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

---

Aktenzeichen

---

Art der Leistung

**11 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)**

**11.1** Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

---

Anschrift

---

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

ist beigefügt    wird nachgereicht    wurde weitergeleitet

---

**11.2** Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist?

nein    ja



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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?**

nein  ja, seit 

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<b>16 Bestätigungsvermerk</b>							
Die <b>Angaben zur Person</b> (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde	<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis <input type="checkbox"/> gültigen Reisepass						
Das <b>Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung</b> (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 border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> _ </td> <td style="height: 20px;"> _ </td> <td style="height: 20px;"> _ _ </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr					
_	_	_ _					
Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> _ </td> <td style="height: 20px;"> _ </td> <td style="height: 20px;"> _ _ </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> unbefristet	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr					
_	_	_ _					
Es ist beigelegt:							
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden						

