

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute **Vordruck R0240 bitte beifügen, sofern Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind** 19

Knappschaftsausgleichsleistung 10

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente 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
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)
frühere Namen
Staatsangehörigkeit
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit
persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
Geburtsort
Geburtsland

bis

Tag	Monat	Jahr

Geschlecht männlich weiblich geschlechtsneutral



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Wohnort in Deutschland einem anderen Land

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl, Wohnort

noch Postleitzahl, Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

Familienstand:

nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend

Wohnsitz am 18.5.1990:

Ort

Bundesland, Staat

letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland):

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Tag Monat Jahr

Zuzug aus dem Ausland? nein ja, am

Der Zuzug erfolgte aus:

Ort, Gebiet, Staat

Der Zuzug erfolgte nach:

Ort

Bundesland



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name / Dienststelle
Vorname (Rufname)
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
gegebenenfalls Aktenzeichen
Wohnort in <input type="checkbox"/> Deutschland <input type="checkbox"/> einem anderen Land
Land
Straße, Hausnummer
noch Straße, Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl, Wohnort
noch Postleitzahl, Wohnort
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Telefax (Angabe freiwillig)

Der Antrag wird gestellt in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Zahlungsweg

Bei **Wohnsitz im Inland**:

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name	
Vorname (Rufname)	
Straße, Hausnummer	
noch Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl, Wohnort	
noch Postleitzahl, Wohnort	

Bei **Wohnsitz im Ausland**:

Bei Zahlung auf ein Konto im Ausland ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **bitte ausfüllen und beifügen**.

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for license plate

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:

Form for contribution periods: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Beitragszeiten
genaue Bezeichnung der **Tätigkeit**

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

zuständige **Krankenkasse**

Form for contribution periods: vom [Tag Monat Jahr] bis [Tag Monat Jahr]

Beitragszeiten
genaue Bezeichnung der **Tätigkeit**

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

zuständige **Krankenkasse**



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

nicht erwerbsmäßige Pflege vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

zu pflegende Person (Name)

Vorname (Rufname)

Geburtsdatum

zuständige Pflegekasse

nicht erwerbsmäßige Pflege vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

zu pflegende Person (Name)

Vorname (Rufname)

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**



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten im Versicherungsverlauf 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

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 7

ja

6.2 Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger beziehungsweise Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der Europäischen Union (EU) zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.3

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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, bitte weiter bei Ziffer 9

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, bitte weiter bei Ziffer 9.2

ja

Versorgungsdienststelle

--

Aktenzeichen

--

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereicht

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.3

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

--

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

--

9.3 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute

9.3.1 Erhalten Sie Arbeitsentgelt (hierzu zählen auch Krankengeldzuschüsse von einem Arbeitgeber)?

nein ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

9.3.2 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, zum Beispiel auch Photovoltaik, solare Energie, Windenergie)?

nein ja

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

nein ja

9.3.4 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.3.5

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

9.3.5 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbseinkommen (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, bitte weiter bei Ziffer 9.4

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Land

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for Versicherungsnummer

Grid for Kennzeichen

9.4 Bei Antrag auf Altersrente / Knappschaftsausgleichsleistung

9.4.1 Erzielen Sie bis zum Rentenbeginn beitragspflichtige Einnahmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.4.2

ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt (gegebenenfalls auch aus geringfügiger Beschäftigung) / Vorruhestandsgeld

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Die Anforderung der Gesonderten Meldung (**Vordruck R0250**) werde ich veranlassen (**Vordruck R0250** wurde / wird mir ausgehändigt).

Die Anforderung der Gesonderten Meldung soll durch den Rentenversicherungsträger erfolgen.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung erfolgt durch den Rentenversicherungsträger, weil ich in einem Privathaushalt geringfügig beschäftigt bin.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung entfällt, weil ich den Arbeitgeber bereits informiert habe, dass die Meldung abzugeben ist.

Die Anforderung der Gesonderten Meldung entfällt, weil eine Hochrechnung unterbleiben soll (die Meldung zum Beschäftigungsende bitte abwarten).

Die Anforderung der Gesonderten Meldung entfällt, weil ich die Knappschaftsausgleichsleistung beantragt habe.

Sozialleistung (zum Beispiel Krankengeld, Arbeitslosengeld)

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.5.2 Haben Sie im Versorgungsausgleich Anrechte aus einem der nachstehend genannten Alterssicherungssysteme erworben, aus denen Sie derzeit noch **keine Leistung** beziehen können (**Beamtenversorgung, berufsständische Versorgung, Alterssicherung der Landwirte, Versorgung der Abgeordneten und Regierungsmitglieder**)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.6

ja

Name des Versorgungsträgers

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

Aktenzeichen

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R0870) ausfüllen und beifügen

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7

ja, am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.3

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

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

Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

 Jahr der Abfindung

--	--	--

10.3 Krankengeld von einer Krankenkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.3.1 Liegt der Antragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein ja

10.4 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt; Überbrückungsgeld der Seemannskasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.5

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.5 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter
Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) 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 Antragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit oder eines Jobcenters zugrunde?

nein ja

10.6 Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz (LAG)

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.7

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.7 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.8

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.8 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.9

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10.9 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.10

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

10.10 Elterngeld von den Elterngeldstellen

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.11

ja

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10.14 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsopferversorge, nach dem Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen - Unterhaltssicherungsgesetz - USG, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondersversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz - AAÜG)

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

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

Straße, Hausnummer

noch Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

noch Postleitzahl, Ort

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

ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

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

nein ja

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

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, bitte weiter bei Ziffer 13

ja

Name des Kindes

Vorname (Rufname)

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind

Pflegekind (Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist / war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.)

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

Ansonsten benötigen wir wahlweise zum Beispiel (gegebenenfalls in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

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:

De-Mail
noch De-Mail



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 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.

Ich willige ein (sofern ich unter Ziffer 9.4.1 nichts anderes bestimmt habe), dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens

- frühestens 3 Monate vor Rentenbeginn eine Meldung der beitragspflichtigen Einnahmen für abgelaufene Zeiträume vom Arbeitgeber anfordert,
- für den weiteren Zeitraum gegebenenfalls bis zum Rentenbeginn die entsprechenden voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen (maximal für 3 Monate) hochrechnet und
- diese der Rentenberechnung zugrunde legt.

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.



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

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

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

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG 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 und die Schweiz) 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
bitte Vordruck R0990 beifügen

16 Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers 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"/> _____	
Es ist beigefügt:	
_____ Dienststempel	_____ Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

