

Astrid Rosenberg<sup>1</sup>

---

# Das Aufnehmen eines Rentenantrages – Altersrente wegen Schwerbehinderung

---

---

<sup>1</sup> Autor\*in ist Mitarbeiter\*in der Deutschen Rentenversicherung Bund

---

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

Ansprechpartnerin: Cornelia Marwede  
0160-144 05 18, [fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de](mailto:fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de)

Stand: 01.01.2026

versicherungsnummer

1 3 1 0 6 3

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

## Antrag auf Versichertenrente

# R0100

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

- |                          |   |   |           |
|--------------------------|---|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Rente wegen Erwerbsminderung  | <b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b> | <b>75</b> |
| <input type="checkbox"/> | Antragstellung aufgrund eines Hinweises des Rentenversicherungsträgers im Anschluss an ein Rehabilitationsverfahren         |   |           |
| <hr/>                    |   |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Rente für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau   | <b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b> | <b>71</b> |
| <input type="checkbox"/> | Rente für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres   | <b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b> | <b>72</b> |
| <hr/>                    |   |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners              | <b>Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen</b> | <b>45</b> |
| <input type="checkbox"/> | Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting | <b>Vordrucke R0220 / R0660 bitte beifügen</b> | <b>45</b> |
| <hr/>                    |   |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Regelaltersrente  |   | <b>16</b> |
| <hr/>                    |   |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für besonders langjährig Versicherte  |   | <b>65</b> |
| <hr/>                    |   |   |           |
| <input type="checkbox"/> | Altersrente für langjährig Versicherte  |   | <b>63</b> |



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
2 5 0 3 6 2	

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 in Höhe von \_\_\_\_\_ % (mindestens 10 %)

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag	Monat	Jahr
0 1	0 7	2 0 2 6

## 2 Angaben zur Person

Name <b>Hausner</b>		Vorname <b>Monika</b>	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname <b>Altmann</b>		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum 1 3   1 0   1 9 6 3		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort <b>Leipzig</b>		Geburtsland <b>Deutschland</b>	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) <b>deutsch</b>			
Straße, Hausnummer <b>Peterssteinweg 110</b>			
Adresszusatz			
Postleitzahl 0 4   1 0 7		Wohnort <b>Leipzig</b>	
Land <b>Sachsen</b>			
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

noch Ziffer 2

Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	
Leipzig (Sachsen)	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland	
Zuzug aus dem Ausland? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	
	Tag    Monat    Jahr
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)	
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)	
Familienstand:	
<input type="checkbox"/>	nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)
<input checked="" type="checkbox"/>	verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend
steuerliche Identifikationsnummer	
6 2 4 7 0 0 3 9 1 8 6	

### 3 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon	Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

#### 4 Zahlungsweg

<input checked="" 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 3 7 8 6 0 8 0 0 0 0 0 7 0 8 8 8 3 8 0 6	
Name des Geldinstituts	
Commerzbank Leipzig	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname	
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.**

#### 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:

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/>				vom			bis

**Beitragszeiten**  
genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse



Versicherungsnummer

1 3 1 0 6 3

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.1

**Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/> <b>Beitragszeiten</b> genaue Bezeichnung der Tätigkeit	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr														
Tag	Monat	Jahr																						
Tag	Monat	Jahr																						
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn																								
Anschrift																								
zuständige Krankenkasse																								
<input type="checkbox"/> <b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b> pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Geburtsdatum <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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><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><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><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>										
Tag	Monat	Jahr																						
Tag	Monat	Jahr																						
zuständige Pflegekasse																								
<input type="checkbox"/> <b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b> pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Geburtsdatum <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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><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><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><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr> </table>										
Tag	Monat	Jahr																						
Tag	Monat	Jahr																						
zuständige Pflegekasse																								
<input type="checkbox"/> <b>selbständige Tätigkeit</b>	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr														
Tag	Monat	Jahr																						
Tag	Monat	Jahr																						
<input type="checkbox"/> <b>selbständige Tätigkeit</b>	vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr														
Tag	Monat	Jahr																						
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> bis <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr> <tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr> </table> Art der Leistung			Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr													
Tag	Monat	Jahr																						
Tag	Monat	Jahr																						
<b>Nachweise</b> <input type="checkbox"/> sind beigelegt <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor <input type="checkbox"/> werden nachgereicht																								



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

1	3	1	0	6	3				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

**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 beigelegt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

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

**Beweismittel bitte beifügen**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5

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

1 3 1 0 6 3

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

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

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Staat \_\_\_\_\_

**6.4** Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, **bitte Vordruck V0710** für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien (beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),  
**Vordruck V0711** für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidshan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan),  
**Vordruck V0712** für Zeiten in Rumänien,  
**Vordruck V0720** für Zeiten in Polen  
**ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 6.6

**6.5** Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

**6.5.1** Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

nein, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 6.6  
 ja

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

nein  ja

**6.6** Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?

nein  
 ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Beschäftigungsort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Hauptsitz der internationalen Organisation



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

## 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

9.1.1 Wird eine Versorgung bezogen?

nein  ja, seit 

Tag	Monat	Jahr

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

1	3	1	0	6	3				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

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)

1 3 1 0 6 3

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

nein

ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.8

bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute bitte weiter bei Ziffer 9.11

### 9.7 Beitragspflichtige Einnahmen

**9.7.1** Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Arbeitsentgelt - auch aus geringfügiger Beschäftigung - oder Vorruhestandsgeld?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.7.3

ja  bis zum Rentenbeginn  voraussichtlich nur bis 

Tag	Monat	Jahr

über den Rentenbeginn hinaus

**9.7.2** Soll Ihr Arbeitsentgelt bis zum Rentenbeginn hochgerechnet werden?

ja **Die gesonderte Meldung soll bis 31.05.2026 angefordert werden!**

nein, die Entgeltmeldung 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



Versicherungsnummer

1 3 1 0 6 3

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer **9.7.4**

<b>pflegebedürftige Person</b> (Name, Vorname)	
Geburtsdatum	
<b>9.7.5</b> Erhalten Sie in der Zeit bis zum Rentenbeginn Übergangsgebühren der Bundeswehr?	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> bis zum Rentenbeginn <input type="checkbox"/> voraussichtlich nur bis
	Tag Monat Jahr
	zahlende Stelle
Anschrift	
Aktenzeichen	
<b>9.8</b> Werden Sie ab Rentenbeginn Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete erhalten?	
<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
bei Antrag auf Regelaltersrente bitte weiter bei Ziffer 10	
bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung bitte weiter bei Ziffer 9.10	
<b>9.9</b> Haben Sie die Feststellung einer Schwerbehinderung beantragt oder wurde diese bereits festgestellt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> eine Schwerbehinderung wurde bereits festgestellt
	Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/>	beantragt am
	bei welcher Stelle
Aktenzeichen	
bitte weiter bei Ziffer 10	
<b>Bei Antrag auf Knappschaftsausgleichsleistung</b>	
<b>9.10</b> Werden Sie ab Rentenbeginn eine der folgenden Einkünfte erzielen?	
- Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen</b>
- Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, <b>bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen</b>



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

1	3	1	0	6	3				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

noch Ziffer 9.10

- Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel als Minister)  
 nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH  
 nein  ja, **bitte Vordruck R0230 ausfüllen und beifügen**

**Erklärung (Vordruck R0230)**  ist beigelegt  wird nachgereicht

bitte weiter bei Ziffer 10

**9.11 Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung / Rente für Bergleute**

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

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

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

**9.11.4** Erhalten Sie Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH?  
 nein  ja

**9.11.5** Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?  
 nein  ja

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

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
 ja, beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
 Art der Leistung \_\_\_\_\_  
 zahlende Stelle \_\_\_\_\_  
 Anschrift \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen \_\_\_\_\_





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

1 3 1 0 6 3

**10.3.1** Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?

nein  ja

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

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**10.5 Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss** von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, **Kurzarbeitergeld** oder **Qualifizierungsgeld** von Ihrem Arbeitgeber  
Die Angaben zum Bürgergeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtignte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.6

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

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

nein  ja



Versicherungsnummer

1 3 1 0 6 3

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)

1 3 1 0 6 3

### 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

### 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)
1 3 1 0 6 3	

**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

AOK Plus

Anschrift

Ammonstr. 35, 01067 Dresden

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)

1 3 1 0 6 3

**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 bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11.3.4

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

**Vordruck R0821**  ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

bitte weiter bei Ziffer 11.3.5

**11.3.4** Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 12

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

**Vordruck R0822**  ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

**11.3.5** 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 / R0822** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Verwandschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

**11.3.6** Ist der Familienangehörige Rentner?

nein  ja, seit

Tag	Monat	Jahr	Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

## 12 Pflegeversicherung

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

nein

ja, Name, Vorname des Kindes  
Hausner, Svenja

Geburtsdatum

0	8	0	6	1	9	9	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

### 13 Dokumentenzugang 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 Erwerbsersatzekommen 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.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 3 1 0 6 3	

**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.

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 Bürgergeld),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
- 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),
- 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) und
- g) den Verzug in einen anderen Staat.

**Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten beziehungsweise werde ich in der Online-Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung - [www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815) - lesen.**

Leipzig, xx.xx.xxxx

Ort, Datum

XXXXXXXXXX

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

1 3 1 0 6 3

### 15 Anlagen

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

### 16 Bestätigungsvermerk

Die **Angaben zur Person** (siehe Ziffer 2) werden bestätigt durch:

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde  gültigen Personalausweis  gültigen Reisepass

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 12) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes  Familienbuch / Familienstammbuch

Ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 / die Schwerbehinderteneigenschaft wird bestätigt.

Der Schwerbehindertenausweis ist gültig ab: 

Tag	Monat	Jahr
0 7	0 4	2 0 1 8

Die Schwerbehinderteneigenschaft liegt vor bis: 

Monat	Jahr

 unbefristet

Es ist beigelegt:

Stempel	xx.xx.xxxx	Unterschrift
Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden	





**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 Hausner		Vorname Monika	
Geburtsname Altmann			Geburtsdatum 1 3   1 0   1 9   6 3
Staatsangehörigkeit deutsch			
Familienstand verheiratet		gegebenenfalls Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft 0 7   0 7   1 9   8 9	
Versicherungsnummer 1 3   1 0   6 3		Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung A 4 0 0   2 4   1 5   1 4   1	
Straße, Hausnummer Peterssteig 110			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl 0 4   1 0   7	Wohnort Leipzig		Telefax (Angabe freiwillig)

**2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses**

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





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

am Tag Monat Jahr  
| 0 | 1 | 0 | 9 | 1 | 9 | 8 | 0 |

**4.3** Wie waren Sie bisher krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden)  
- Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1996, geben Sie diese bitte auch an. -

**Zeitraum vom - bis**

01.01.1996 - laufend

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -  
AOK Plus, Ammonstr. 35, 01067 Dresden

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

Hausner, Sonja

Geburtsdatum

| 2 | 0 | 0 | 6 | 1 | 9 | 9 | 2 |

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)  volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)  Stiefkind  Pflegekind

**Kind 2**

Name, Vorname

Hausner, Svenja

Geburtsdatum

| 0 | 8 | 0 | 6 | 1 | 9 | 9 | 4 |

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)  volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)  Stiefkind  Pflegekind



**4.5** Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.6  
 anerkannt seit \_\_\_\_\_ Tag    Monat    Jahr

ja \_\_\_\_\_ Antrag vom \_\_\_\_\_ Tag    Monat    Jahr

**4.5.1** Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?

am \_\_\_\_\_ Tag    Monat    Jahr

**4.6** Sind beziehungsweise waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig?

seit, vom - bis \_\_\_\_\_

nein     ja

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

**5.1** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sterbedatum \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer des Verstorbenen \_\_\_\_\_

**Bei Anträgen auf Halbwaisenrente** hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des anderen Elternteils eintragen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.2** Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt (gegebenenfalls auch Mehrfacheintragung)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3  
 seit \_\_\_\_\_

ja \_\_\_\_\_  
 Versicherungsträger \_\_\_\_\_  
 Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**5.2.1** War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3  
 Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_

ja \_\_\_\_\_  
 bitte weiter bei Ziffer 6

**5.3** Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

am \_\_\_\_\_ Tag    Monat    Jahr



**5.4** Wie war der Verstorbene krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden) - Angaben frühestens vom 1.1.1996 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



**5.6.1** Wann ist der Verstorbene aus dem Ausland zugezogen?

am 

Tag	Monat	Jahr

**6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung**

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

Diesen Zuschuss  beantrage ich / habe ich beantragt.

**7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

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

**Das Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (Vordruck R0815) habe ich erhalten beziehungsweise werde ich in der Online-Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung - [www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815) - lesen.**

Anlage **Ergänzungsblatt R0811**

Leipzig, xx.xx.xxxx

Ort, Datum

XXXXXXXXXX

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Bevollmächtigten



Name, Anschrift der Krankenkasse

### 8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

(zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

Datum der Renten Antragstellung, Rentenart xx.xx.xxxx, AR für schwerbehinderte Menschen	Antrag weitergeleitet an: (Name des Rentenversicherungsträgers) DRV Bund
<b>Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente:</b> Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, beantragt? am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 4.4 oder im Ergänzungsblatt <b>Vordruck R0811</b> angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). <input checked="" type="checkbox"/> Kind 1 <input checked="" 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 <b>Vordruck R0811</b> 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 zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung ist ausgehändigt / auf die Online-Version ist hingewiesen worden.

Ort, xx.xx.xxxx  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Unterschrift, Stempel  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der den Antrag aufnehmenden Stelle





## **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. Die Online-Version des Merkblattes finden Sie im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815)

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 krankensicherungsrechtlichen 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 1.1.1996 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 1.1.1996 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 1.1.1996 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 oder wann die Mitgliedschaft in der KVdR beginnen wird (zum Beispiel, weil Sie auch über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit oder eine krankenversicherungsfreie Beschäftigung ausüben werden).

## **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**) beziehungsweise das Lesen des Merkblattes in der Online-Version.



## **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

