

R110

Verkürzter Antrag auf Versichertenrente

Bitte nur verwenden, wenn bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung oder eine Erziehungsrente gezahlt wird

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

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

Eingangsstempel



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Datum der Antragstellung Tag Monat Jahr
---------------------	------------------------------	--

Bisher gezahlte Rente / Versicherungsträger

1	Beantragte Rente	Bitte beifügen:	
	- Auf die nachstehenden Rentenarten besteht kein Anspruch, wenn bereits eine Altersrente gezahlt wird. -	Vordruck R210	
	<input type="checkbox"/> Rente wegen voller Erwerbsminderung	Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind	75
	<input type="checkbox"/> Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod	Vordruck R220	
	<input type="checkbox"/> des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners	Vordruck R240, sofern Sie vor dem 01.01.1955 geboren sind	45
	<input type="checkbox"/> des Ehegatten / Lebenspartners bei durchgeführtem Rentensplitting	Vordruck R660	
	<input type="checkbox"/> Regelaltersrente wegen Vollendung des 65. Lebensjahres		16
	<input type="checkbox"/> Altersrente für langjährig Versicherte wegen Vollendung des 63. Lebensjahres		63
	<input type="checkbox"/> Altersrente wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für schwerbehinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches oder für Berufsunfähige oder Erwerbsunfähige	Schwerbehindertenausweis / Anerkennungsbescheid oder Vordruck R210 (nicht erforderlich bei Bezug einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) Vordruck R240	62
	<input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit <input type="checkbox"/> nach Altersteilzeitarbeit	Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit Vordruck R240	17
	<input type="checkbox"/> Altersrente für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres	Vordruck R240	18

Die Altersrente soll gezahlt werden als

Vollrente 1/3 Teilrente 1/2 Teilrente 2/3 Teilrente

Die beantragte Altersrente soll beginnen am

Tag Monat Jahr
0 1

2 Angaben zur Person

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Familienstand	
nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	
<input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	
Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	

3 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen.

Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

4 Beitragszeiten**Beweismittel bitte beifügen.**

4.1 Haben Sie **Beitragszeiten** (ab 01.04.1999 auch Zeiten einer geringfügigen Beschäftigung) zurückgelegt, die bisher **nicht** berücksichtigt worden sind?

nein ja vom - bis Versicherungsträger (auch im Ausland)

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

Angaben nur notwendig, wenn bisher kein Nachweis erfolgte.

Ggf. bitte alle vorhandenen Nachweise beifügen, z. B. Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief,

Verdienstbescheinigung.

vom - bis Art der Berufsausbildung

Nachweise

sind beigefügt.

liegen nicht mehr vor.

4.3 **Pflegen Sie** - nicht erwerbsmäßig - mindestens 14 Stunden wöchentlich **einen Pflegebedürftigen**, der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat? Anzugeben sind Pflegezeiten frühestens **ab 01.04.1995**, die noch nicht im Versicherungsverlauf aufgeführt sind.

nein ja vom - bis Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens Aktenzeichen

Name, Vorname der zu pflegenden Person

Geburtsdatum

4.4 Wurde Ihnen zuletzt **vor dem 01.01.1992** ein **Anerkennungsbescheid** über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder nach dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 09.10.1975 erteilt?

nein ja, für Zeiten im Beitrittsgebiet bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen,
für Zeiten in Polen bitte Vordruck V722 ausfüllen und beifügen,
für Zeiten in einem anderen Herkunftsland bitte Vordruck V710, ggf. V711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten),
ggf. V712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen.

5 Anrechnungszeiten

(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen von der Agentur für Arbeit, Meldung bei der Agentur für Arbeit nach Vollendung des 17. Lebensjahres als Ausbildungsuchender, nach Vollendung des 17. Lebensjahres liegende weitere Schulausbildung oder Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)

Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die bisher **nicht** berücksichtigt worden sind?

nein ja, **bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen**

6 Angaben zu Kindern

6.1 Machen Sie Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

nein ja, **bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen** Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits bei mir oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

6.2 Machen Sie Zeiten der **nicht** erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend? - **frühestens ab dem 01.01.1992** -

nein ja vom - bis Kindschaftsverhältnis **Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen**

leibliches Kind

Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

7 Sonstige Angaben

7.1 **Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung**

Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis?

nein ja

Erzielen Sie steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?

nein ja

Sind Sie Abgeordneter oder stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?

nein ja

Beziehen Sie Verletztengeld, Übergangsgeld aus der gesetzlichen Unfallversicherung, 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.

Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum, Art der Leistung, zahlende Stelle (Name, Anschrift, Aktenzeichen)

nein ja

7.2 **Bei Antrag auf Altersrente**

Angaben zu dem Zeitraum bis zum Rentenbeginn

Erzielen Sie innerhalb dieses Zeitraumes beitragspflichtige Einnahmen (ggf. auch aus geringfügiger Beschäftigung)?

nein ja, bitte weitere Angaben machen

Arbeitsentgelt / Vorruhestandsgeld

Tag Monat Jahr

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Die **Gesonderte Meldung** (Vordruck R250) wurde / wird durch mich angefordert soll angefordert werden

Sozialleistung (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II)

Art der Leistung

Name / Anschrift der zahlenden Stelle, Aktenzeichen

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag Monat Jahr

nicht erwerbsmäßig ausgeübte Pflegetätigkeit mit Beitragszahlung einer Pflegekasse / eines privaten Versicherungsunternehmens

bis zum Rentenbeginn voraussichtlich nur bis

Tag Monat Jahr

R0110 PDF - Bl. 1 Rs.
V017 - 31.01.2008 - 14

Werden Sie ab Rentenbeginn Abgeordnetenbezüge (Diäten) erzielen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Die Bescheinigung / Erklärung (Vordruck R230) <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt.
Bei Antrag auf Altersrente vor Erreichen der Regelaltersgrenze Haben Sie die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ^{am} bei welcher Stelle? Aktenzeichen	
Werden Sie ab Rentenbeginn Arbeitsentgelt oder steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister) erzielen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Die Bescheinigung / Erklärung (Vordruck R230) <input type="checkbox"/> ist beigefügt. <input type="checkbox"/> wurde ausgehändigt.
7.3 Wurde ein Verfahren zum Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft ausgesetzt, weil Anrechte aus den neuen und alten Bundesländern zu verrechnen sind? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte nachfolgende Fragen beantworten	
Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ^{letzte Anschrift} <input type="checkbox"/> nicht bekannt	
Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten / Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Unterhaltsabfindung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen.	
7.4 Ist die zum Rentenantrag führende Erwerbsminderung / Schwerbehinderung ganz oder teilweise Folge eines Unfalls oder durch andere Personen verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) ausfüllen und beifügen Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ^{am} bei welcher Stelle? Aktenzeichen	
7.5 Haben Sie auf einem Rheinschiff eine Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ^{vom - bis} Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers	
7.6 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigefügt. <input type="checkbox"/> Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.	

8 Andere Leistungen

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

Art der Leistung	nein	ja	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
8.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
8.2 Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)
Wurde eine Unfallrente abgefunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfalltag Jahr der Abfindung
8.3 Arbeitsentgelt für eine Zeit, in der eine Beschäftigung tatsächlich nicht mehr ausgeübt wird oder wurde (z. B. nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz, Dienstbezüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.4 Vorruhestandsgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.5 Krankengeld von einer Krankenkasse Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.6 Übergangsgeld von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger; Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
8.7 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II*, Sozialgeld*, Einstiegsgeld*, Eingliederungshilfe, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
Liegt der Rentenantragstellung eine Aufforderung der Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einer Arbeitsgemeinschaft zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.8 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.9 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Art der Leistung	nein	ja	Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am, zahlende Stelle, Aktenzeichen
8.10 Sozialhilfe*, Grundsicherung* vom Sozialhilfeträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
8.11 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.12 Elterngeld von den Elterngeldstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.13 Leistungen von der Landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
8.14 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
8.15 Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.16 Jugendhilfe nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.17 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfür- sorge, nach dem Unterhaltssicherungs- gesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetz- lichen Kranken- und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistung nach § 9 AAÜG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung

* Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld (Ziffer 8.7) sowie zur Sozialhilfe und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (Ziffer 8.10) sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigten Angehörigen** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende - oder nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe - erhalten oder erhalten haben.

9 Kinderzuschuss

Beantragen Sie Kinderzuschuss?	Bitte beachten: Kinderzuschuss kann nur für ein Kind gezahlt werden, für das Sie bereits vor dem 01.01.1984 einen solchen Anspruch hatten.
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck R190 ausfüllen und beifügen.	

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?	seit Krankenkasse / Krankenversicherung (Name, Anschrift)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

11 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 (Schrift- / Textdatei)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

12 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 wesentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

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

- eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufgenommen bzw. nach Arbeitsunfähigkeit wieder ausgeübt wird oder
- sich eine Änderung der Höhe des Arbeitsentgelts oder des Arbeitseinkommens / steuerrechtlichen Gewinns ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 8 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

