

BUNDESVERSICHERUNGSANSTALT FÜR ANGESTELLTE

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte · 10704 Berlin

Dienstgebäude: Ruhrstraße 2, 10709 Berlin (Wilmersdorf)
Telefon 030 865-1 • Telefax 030 865-27240

Antrag auf Versichertenrente aus der Angestelltenversicherung

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).

R100

Eingangsstempel (BfA)	X	Fallgruppe	Kennzeichen
		↓	
		75	
		45	
		16	
		63	
		62	
		17	
		18	
Die Altersrente soll gezahlt werden als		Personenstandsdaten bestätigt	
<input type="checkbox"/> Vollrente	<input type="checkbox"/> 1/3 Teilrente	<input type="checkbox"/> 2/3 Teilrente	
Soll die Altersrente von einem späteren Zeitpunkt an als dem frühestmöglichen Rentenbeginn gezahlt werden?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Rentenbeginn am	Datum	← Frage bitte nur beantworten , wenn der Vordruck R240 nicht beizufügen ist



Die fett umrandeten Felder sind nicht vom Antragsteller auszufüllen

SZAT	Versicherungsnummer	BKZ
6 3		

Sollten Sie zu einer Frage weitere Auskunft benötigen, finden Sie Näheres in den Erläuterungen zum Rentenanspruch

1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/> Rente	wegen Erwerbsminderung	Vordruck R210 bitte beifügen	75
<input type="checkbox"/> Erziehungsrente	wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod		45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> des geschiedenen Ehegatten <input type="checkbox"/> des Ehegatten bei durchgeführtem Rentensplitting	Vordruck R220 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/> Regelaltersrente	wegen Vollendung des 65. Lebensjahres		16
<input type="checkbox"/> Altersrente	für langjährig Versicherte wegen Vollendung des 63. Lebensjahres	Ab Jahrgang 1937 Vordruck R240 bitte beifügen	63
<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Versicherte, die als schwerbehinderte Menschen nach § 2 Abs. 2 des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches anerkannt sind	Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid und ab Jahrgang 1941 Vordruck R240 bitte beifügen	62
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wegen Vollendung des 60. Lebensjahres für Versicherte, die berufsunfähig oder erwerbsunfähig sind	Vordruck R210 und ab Jahrgang 1941 Vordruck R240 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/> Altersrente	<input type="checkbox"/> wegen Arbeitslosigkeit und Vollendung des 60. Lebensjahres	Unterlagen über Arbeitslosigkeit / Altersteilzeitarbeit und (ab Jahrgang 1937) Vordruck R240 bitte beifügen	17
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nach Altersteilzeitarbeit und Vollendung des 60. Lebensjahres		
<input type="checkbox"/> Altersrente	für Frauen wegen Vollendung des 60. Lebensjahres	Ab Jahrgang 1940 Vordruck R240 bitte beifügen	18

2 Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			Telefonisch tagsüber zu erreichen
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail	
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		Letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland?		Ort, Gebiet, Staat	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am	Tag	Monat
		Jahr	aus
Familienstand			
<input type="checkbox"/> 1	nicht verheiratet / verwitwet	<input type="checkbox"/> 2	verheiratet / wiederverheiratet
Beschäftigungsart / Tätigkeit vor der Antragstellung (genaue Berufsbezeichnung)			

6.6	<p>Waren Sie in der Zeit vom 01.06.1945 bis 30.06.1965 als Lehrling oder sonst zu Ihrer Berufsausbildung (z. B. Praktikant) beschäftigt, ohne dass für diese Zeit Pflichtbeiträge gezahlt worden sind? (Nachweise sind z. B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief)</p> <p>vom - bis _____ Art der Berufsausbildung _____ Nachweise</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> sind beigefügt</p> <p>vom - bis _____ Art der Berufsausbildung _____ <input type="checkbox"/> liegen nicht mehr vor</p>
6.7	<p>Haben Sie in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf nicht als "Pflichtbeiträge Wehrdienst, Zivildienst" gekennzeichnet ist?</p> <p>vom - bis _____ vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
6.8	<p>Wurden für Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf nicht als "Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung" gekennzeichnet sind?</p> <p>vom - bis _____ vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Bezeichnung der Einrichtung</p>
6.9	<p>Pflegen Sie - nicht erwerbsmäßig - mindestens 14 Stunden wöchentlich einen Pflegebedürftigen, der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung hat?</p> <p>vom - bis _____ Name und Anschrift der Pflegekasse bzw. des Pflegeversicherungsunternehmens _____ Aktenzeichen _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Name, Vorname der zu pflegenden Person _____ Geburtsdatum _____</p>
6.10	<p>Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?</p> <p>vom - bis _____ Staat _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
6.11	<p>Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt? Anzugeben sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Portugal, Schweden und Spanien) bzw. in dem EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen).</p> <p>vom - bis _____ Versicherungsträger / Versorgungssystem _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Staat _____ ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____ Staatsangehörigkeit _____</p>
6.12	<p>Wurde Ihnen zuletzt vor dem 01.01.1992 ein Anerkennungsbescheid über Zeiten nach dem Fremdrentengesetz oder dem Deutsch-polnischen Rentenabkommen vom 09.10.1975 erteilt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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</p>

7 Ersatzzeiten

(z. B. militärischer oder militärähnlicher Dienst, Kriegsgefangenschaft, deutscher Minenräumdienst nach dem 08.05.1945, Internierung oder Verschleppung, durch feindliche Maßnahmen verhinderte Rückkehr von Nichtkriegsteilnehmern aus dem Ausland oder aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten, Verfolgung, Gewahrsam, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet mit Rehabilitation, Vertreibung, Flucht, Umsiedlung oder Aussiedlung, an diese Zeiten anschließende Krankheit oder unverschuldete Arbeitslosigkeit)

<p>Haben Sie Ersatzzeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? - betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen</p>
--

8 Anrechnungszeiten

(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Schlechtwettergeld bis 31.12.1978, Arbeitslosigkeit oder Leistungen vom Arbeitsamt, Meldung beim Arbeitsamt als Ausbildungssuchender, nach Vollendung des 17. Lebensjahres liegende abgeschlossene nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit bis 28.02.1957, nach Vollendung des 16. Lebensjahres liegende weitere Schulausbildung oder Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme)

8.1	<p>Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen</p>
8.2	<p>Wurden vom Arbeitsamt Beiträge an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?</p> <p>vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>

9 Angaben zu Kindern

- 9.1 Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?
Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Antragsteller oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind
 nein ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen wegen Kindererziehung bereits beim Antragsteller oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind
- 9.2 Werden Zeiten der **nicht** erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend gemacht?
- frühestens ab dem 01.01.1992 - vom - bis nein ja
Kindschaftsverhältnis leibliches Kind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind
Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen

10 Sonstige Angaben

- 10.1 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?
Versorgungsdienststelle, Aktenzeichen nein ja Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten bitte beifügen
- 10.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch in der ehemaligen DDR oder im Ausland)?
vom - bis nein ja beantragt am ja ggf. Grund der Ablehnung nein ja
Versicherungsträger, Versicherungsnummer bzw. Rentenzeichen
- 10.3 **Bei Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung**
Stehen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis? nein ja, bitte nachfolgende Frage beantworten
Sind Sie selbstständig tätig? nein ja, bitte nachfolgende Frage beantworten
Sind Sie Abgeordneter oder stehen Sie in einem öffentl.-rechtl. Amtsverhältnis (z. B. als Minister)? nein ja, bitte nachfolgende Frage beantworten
Beabsichtigen Sie, Ihre Tätigkeit aufzugeben, sofern eine Erwerbsminderung festgestellt wird?
Beschäftigungsverhältnis nein ja selbstständige Tätigkeit nein ja Abgeordneter / Amtsverhältnis nein ja
- Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbssatzeinkommen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Insolvenzgeld, Entgeltssicherung für ältere Arbeitnehmer, Existenzgründungszuschuss / Überbrückungsgeld des Arbeitsamtes, Überbrückungsgeld der Seemannskasse, Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, 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
- 10.4 **Bei Antrag auf Altersrente**
Sind Sie versicherungspflichtig bzw. geringfügig beschäftigt?
 nein ja, Entgeltvorausbescheinigung (Vordruck R250) bitte beifügen
Die **Entgeltvorausbescheinigung** (Vordruck R250) ist beigefügt wurde ausgehändigt
- Werden Sie ab Rentenbeginn Abgeordnetenbezüge (Diäten) erzielen?
 nein ja Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230) ist beigefügt wurde ausgehändigt
- Bei Antrag auf Altersrente vor Vollendung des 65. Lebensjahres**
Werden Sie ab Rentenbeginn Arbeitsentgelt, steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit) oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister) erzielen?
 nein ja Die **Bescheinigung / Erklärung** (Vordruck R230) ist beigefügt wurde ausgehändigt
- 10.5 Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung durchgeführt?
 nein ja, bitte nachfolgende Fragen beantworten
Lebt der frühere Ehegatte noch?
letzte Anschrift nein ja
Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten zum Unterhalt verpflichtet?
 nein ja, Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen
- 10.6 Ist die zum Rentenantrag führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?
 nein ja, Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) bitte beifügen
Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?
am nein ja bei welcher Stelle ja Aktenzeichen nein ja
- 10.7 Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausgeübt?
vom - bis nein ja Berufsbezeichnung ja Sitz des Arbeitgebers nein ja
- 10.8 Wurden Zeiten nach dem Fremdrentengesetz zurückgelegt?
 nein ja, bitte Vordruck R860 ausgefüllt beifügen, wenn Sie nach dem 06.05.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten
- 10.9 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?
 nein ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigefügt ja Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden nein ja

11 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
11.1 Hinterbliebenenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verstorbener Versicherter (Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum)
11.2 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"/>	Jahr der Abfindung
11.3 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"/>	Beginn des Beschäftigungsverhältnisses
11.4 Vorruhestandsgeld (Bescheinigung über Zeitraum und Nettobetrag bitte beifügen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.5 Krankengeld von einer Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.6 Übergangsgeld vom Arbeitsamt / Rentenversicherungsträger; Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft; Versorgungskrankengeld vom Versorgungsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.7 Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Eingliederungshilfe, Unterhaltsgeld, Übergangsbeihilfe , Aufstockungsbeträge zum Arbeitsentgelt bei Altersteilzeitarbeit vom Arbeitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung des Arbeitsamtes zugrunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.8 Unterhaltshilfe nach dem Lastenausgleichsgesetz*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.9 Versorgungsrente vom Versorgungsamt oder entsprechenden ausländischen Stellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.10 Grundsicherung vom Grundsicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.11 Sozialhilfe vom Sozialhilfeträger*; auch Mietzuschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.12 Leistungen von der Landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung
11.13 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks
11.14 Krankenbezüge / Krankengeldzuschuss von einem Arbeitgeber des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.15 Jugendhilfe nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz vom Jugendamt*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.16 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegspferfürsorge, nach dem Unterhaltssicherungsgesetz, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzl. Kranken- und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistung nach § 9 AAÜG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Art der Leistung

* Die Angaben zu den Ziffern 11.8, 11.11 und 11.15 sind auch dann erforderlich, wenn der **Ehegatte** Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz bezieht oder **unterhaltsberechtigte Angehörige** Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz oder dem Kinder- und Jugendhilfegesetz erhalten.

12 Kinderzuschuss

Beantragen Sie **Kinderzuschuss** (Kinderzuschuss kann nur für ein Kind gezahlt werden, für das Sie bereits vor dem 01.01.1992 einen solchen Anspruch hatten.)?

nein ja, Vordruck R190 bitte ausfüllen und beifügen

13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung

13.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgte hinsichtlich der Krankenversicherung der Rentner und der Pflegeversicherung die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?
Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR (Vordruck R810)

ist beigelegt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

13.2 Beantragen Sie **Zuschüsse** zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung / Pflegeversicherung für den Fall, dass keine Versicherungspflicht in der Krankenversicherung / Pflegeversicherung bestätigt wird?

nein ja, Antragsvordruck R820 bitte ggf. anfordern

13.3 Beantragen Sie **Zuschüsse** zu den Aufwendungen zur Krankenversicherung / Pflegeversicherung, weil Sie **freiwillig** in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind?

nein ja, Antragsvordruck R820 ist beigelegt wurde ausgehändigt

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.

Ich verpflichte mich, die BfA 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 Arbeitseinkommens ergibt oder
- ein kurzfristiges Erwerbseinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Abschnitt 11 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Ich bin damit einverstanden, dass der Rentenversicherungsträger zur Beschleunigung des Rentenverfahrens die bis zum Ende des Vormonats des Rentenbeginns maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen im Voraus anfordert und der Rentenberechnung zugrunde legt. Sollten die tatsächlichen beitragspflichtigen Einnahmen von dem vorausbescheinigten Betrag abweichen, können diese erst bei einer später zu zahlenden Rente berücksichtigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

15 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Unterlagen über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn sie der BfA in einem Kontenklärungsverfahren bereits vorgelegen haben. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten am Ende des Antrags vorgenommen wurde, wird die Geburts- oder Heiratsurkunde ebenfalls nicht benötigt.

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden. Bei **sonstigen Unterlagen und Urkunden genügen auch Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist**. Wir bitten Sie, diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der BfA, ihre Versichertenberater / -innen sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- oder Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird. Soweit Sie in Berlin wohnen, bitten wir Sie, sich unmittelbar an die BfA zu wenden.

Sollten Sie keine Geburts- oder Heiratsurkunde besitzen, die Sie uns im Original oder als Fotokopie oder Abschrift mit Übereinstimmungsbestätigung einsenden können, ist auch eine bestätigte Fotokopie des Personalausweises oder des Reisepasses ausreichend.

Anlagen

Unfallrente (s. Frage 11.2) **zweite Rente** (s. Frage 11.1) **andere Leistungen (EA)** (s. Fragen 11.3-11.16) **Beamter** (s. Frage 10.1)

Andere Rentenversicherungsträger (s. Frage 6.1)

Entgelt

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Bei einer mündlichen Antragstellung sind vor Abgabe dieses Vordrucks an den Antragsteller außer dem Datum die Angaben zur Person auf Seite 1 einzutragen

Am Datum der Antragstellung ist der Rentenanspruch - mündlich - gestellt worden.

Bestätigungsvermerk

Die "Meldung zur KVdR" (Vordruck R810) wird weitergeleitet an die
Name und Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Datum, Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle

Bestätigung der Personenstandsdaten der Antragstellerin / des Antragstellers (Ziffer 2)

Es lag vor Geburtsurkunde Personalausweis

Bestätigungsvermerk

Dienststempel

Datum, Unterschrift des Aufnehmenden