Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Eingangsstempel	Datum der Antragstellung

R120

Antrag auf Weiterzahlung einer Rente wegen Erwerbsminderung / Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit / Rente für Bergleute über den Wegfallmonat hinaus

Dieser Antragsvordruck ist nur zu verwenden, wenn bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung / Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit / für Bergleute wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau auf Zeit geleistet 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 Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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.

1 Angaben zur Person

Name		Vorname (Rufname)
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		

R0120 PDF
V021 - 25.01.2012 - 19

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Zusätzliche Angaben zum Rentenanspruch seit Beginn der Zeitrente

3.1 Üben Sie eine Beschäftigung aus?

☐ nein ☐ ja

vom - bis / seit

genaue Anschrift des Arbeitgebers

3.2 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter als arbeitsuchend gemeldet?

☐ nein ☐ ja

seit

bei

Kundennummer / Aktenzeichen

3.3 Sind oder waren Sie selbständig erwerbstätig?

☐ nein ☐ ja

vom - bis / seit

Art und Umfang der selbständigen Tätigkeit

3.4 Haben Sie einen Hausarzt?

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3.5 Waren Sie in der letzten Zeit bei weiteren Ärzten in **ambulanter** Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Name, Vorname

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

Name, Vorname

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

Name, Vorname

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

Name, Vorname

genaue Anschrift

Telefonnummer

Behandlung wegen

vom - bis

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3.6 Waren Sie in der letzten Zeit in **stationärer** Krankenhausbehandlung oder ist eine solche Behandlung vorgesehen?

☐ nein ☐ ja

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

Name des Krankenhauses

genaue Anschrift

Abteilung, Station

Behandlung wegen

vom - bis

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

3.7 Haben sich die Krankheitsmerkmale geändert?

☐ nein ☐ ja

Änderung bitte angeben

3.8 Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) erbracht worden?

☐ nein ☐ ja

Ort

Kostenträger, Aktenzeichen

vom - bis

3.9 Haben Sie zurzeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Kur) oder zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulung) beantragt?

☐ nein ☐ ja

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

am

3.10 Wurde eine ärztliche Untersuchung veranlasst?

☐ nein ☐ ja

von welcher Stelle

Aktenzeichen

am

3.11 Wurde eine Begutachtung für die Pflegeversicherung veranlasst?

☐ nein ☐ ja

von welcher Stelle

Aktenzeichen

am

3.12 Haben Sie während des Rentenbezuges die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft beantragt?

☐ nein ☐ ja

am

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

Schwerbehindertenausweis, Anerkennungsbescheid / Ablehnungsbescheid ☐ ist beigefügt ☐ liegt noch nicht vor

3.13 Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung in dem **Vordruck R215** einzubringen.

3.14 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen (z. B. Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Mutterschaftsgeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Kurzarbeitergeld, Insolvenzgeld, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Gründungszuschuss der Agentur für Arbeit, 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.

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis bzw. Antragsdatum

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

3.15 Erhalten Sie Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete oder Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (z. B. als Minister)?

☐ nein ☐ ja

3.16 Erzielen Sie steuerrechtlichen Gewinn (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit)?

☐ nein ☐ ja

3.17 Erhalten Sie Vorruhestandsgeld?

☐ nein ☐ ja

seit

zahlende Stelle

4 Andere Leistungen

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

4.1 Krankengeld von einer Krankenkasse

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.2 Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld, Entgeltsicherung für ältere Arbeitnehmer, Gründungszuschuss, Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeitarbeit von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter

Die Angaben zum Arbeitslosengeld II, zum Sozialgeld und zum Einstiegsgeld sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuches - Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) - erhalten oder erhalten haben.

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

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

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.4 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.5 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuches - Sozialhilfe (SGB XII) - erhalten oder erhalten haben.

☐ nein ☐ ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

4.6 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.7 Elterngeld von den Elterngeldstellen

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

4.8 Sonstige Leistungen (z. B. Kriegsopferfürsorge, nach dem Gesetz über die Sicherung des Unterhalts der zum Wehrdienst einberufenen Wehrpflichtigen und ihrer Angehörigen - Unterhaltssicherungsgesetz - USG -, vom Träger der Zusatzversorgung im Schornsteinfegerhandwerk, von der Arbeitsgemeinschaft der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung in Bochum, Versorgungsleistungen nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz - AAÜG -)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

☐ nein ☐ ja

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

5 Prüfung der Vertrauensschutzregelungen zur Anhebung der Altersgrenzen

(Bitte nur ausfüllen, wenn Sie vor dem 1.1.1955 geboren sind.)

5.1 Wurden die Vertrauensschutzregelungen nach dem 30.4.2007 bereits geprüft?

☐ nein, **bitte Fragebogen** zur Prüfung der Vertrauensschutzregelungen **(Vordruck R240) ausfüllen und beifügen**

☐ ja

6 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

6.1 Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

seit

☐ nein ☐ ja

Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung

Anschrift

7 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. 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 (Kassette)

☐ als Hörmedium (CD-DAISY Format)

8 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags 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 Erwerbsersatzeinkommen beantragt oder gezahlt wird oder
- eine Leistung nach Ziffer 4 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

9 Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich darin ein**, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) - bzw. der §§ 116 / 119 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

10 Versicherung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich die gesundheitliche Beeinträchtigung meiner Erwerbsfähigkeit weder absichtlich herbeigeführt noch mir bei einer Handlung zugezogen habe, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen ist.

11 Information der Antragstellerin / des Antragstellers

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers - nicht die des eventuell Bevollmächtigten - erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

R0120 PDF
V021 - 25.01.2012 - 19