

# Verkürzter Antrag auf Versichertenzusatzrente aus der umlagefinanzierten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung

Eingangsstempel der  
Deutschen Rentenversicherung

Nur zu verwenden, wenn bereits Versichertenzusatzrente gezahlt wird.

Bisher gezahlte Zusatzrente:

Versicherungsnummer

**ZV**

Datum der Antragstellung

Tag/Monat/Jahr

## 1 Beantragte Zusatzrente

<input type="checkbox"/> Zusatzrente wegen voller Erwerbsminderung	<b>1 0</b>
<input type="checkbox"/> Zusatzrente wegen Erreichens des Regelalters	<b>1 6</b>
<input type="checkbox"/> Zusatzrente wegen Alters <b>vor</b> Erreichen des Regelalters	<b>1 3</b>

## 2 Angaben zur Person

Name*		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname*		Frühere Namen
Geburtsdatum*	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort* (Kreis, Land)		
Derzeitige Adresse: Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / wiederverheiratet / in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		
Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		

## 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

gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

## 4 Versicherungszeiten der Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung, die bisher nicht berücksichtigt wurden

**Beweismittel bitte beifügen**

Zeitraum vom – bis (Tag, Monat, Jahr)	beschäftigt als (Arbeiter oder Angestellter oder freiwillige Beiträge)	Arbeitgeber (Name, Sitz des Betriebes oder Bemerkung freiwillige Beiträge)

## 6 Umwandlung der Versichertenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

(falls Bescheid bereits vorliegt, bitte **vollständige** Kopie mit **allen** Anlagen beifügen)

wurde beantragt am:	wird bezogen ab:
Zuständiger Versicherungsträger ist die:	<input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Bund <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Saarland <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung

**7 Bei Antrag auf Zusatzrente wegen Erwerbsminderung:**

Beziehen Sie noch laufend Entgelt aus einem Beschäftigungsverhältnis? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja      Arbeitgeber:	
Ist die Erwerbsminderung vorsätzlich oder von einem Dritten verursacht worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie einen Unfall (Verkehrs-, Arbeits-, Wege-, Sportunfall, Schlägerei) erlitten? Unfalltag, Art des Unfalls und Unfallort <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wurde der Unfall durch eine Polizeidienststelle aufgenommen? Anschrift der Polizeidienststelle (ggf. Tgb.-Nr oder Aktenzeichen der Staatsanwaltschaft, sofern bekannt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wer ist Unfallverursacher bzw. Unfallbeteiligter?	
Bei welchem Versicherungsunternehmen ist der Schädiger bzw. Beteiligte haftpflichtversichert?	

**8 Versorgungsausgleich**

Wurde ein <b>Versorgungsausgleich</b> wegen Ehescheidung / Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Datum der Ehescheidung/Aufhebung:		
Lebt der frühere Ehegatte / Lebenspartner noch <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Letzte Anschrift	
Sind Sie Ihrem früheren Ehegatten / Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Unterhaltstitel / Unterhaltsvereinbarung und Zahlungsnachweis bitte beifügen	

**9 Leistungsbezug von anderen Stellen**

Beziehen Sie außer der Rente noch andere Sozialleistungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Art der Leistung
	Leistungsträger (Name und Anschrift)

**Anlagen:**

Durchschriften Beitragsnachweiskarten  
Aufrechnungsbescheinigungen  
Rentenbescheid

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

\_\_\_\_\_

**Bestätigungsvermerk (nur von einer hierzu befugten Behörde auszufüllen!)**

Die **Angaben zur Person** der Rentenbewerberin / des Rentenbewerbers werden bestätigt durch

Geburts- / Abstammungsurkunde       gültigen Personalausweis       gültigen Reisepass

\_\_\_\_\_  
Dienststempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

An

**Deutsche Rentenversicherung Saarland**  
Abt. Hüttenknappschaftliche Zusatzversicherung  
**66108 Saarbrücken**