Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Eingangsstempel

Deutsche Rentenversicherung

Antrag auf Hinterbliebenenrente

R0500

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Beantragte Rente

☐	**Kleine** Witwenrente / Witwerrente		**20**
☐	**Große** Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		**21**
☐	**Große** Witwenrente / Witwerrente **vor Vollendung** des maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines **minderjährigen Kindes** oder Sorge für ein **behindertes Kind** (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung)	**Beweismittel bitte beifügen**	**21**
☐	**Große** Witwenrente / Witwerrente **vor Vollendung** des maßgebenden Lebensalters wegen **Erwerbsminderung** Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	**Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen**	**21**
☐	Witwenrente / Witwerrente an den **geschiedenen** Ehegatten	**Vordruck R0630 bitte beifügen**	**21**
☐	**Halbwaisenrente**	**Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen**	**25**
☐	**Vollwaisenrente**	**Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen**	**26**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Sterbeurkunde bitte beifügen (nur erforderlich, wenn das Sterbedatum nicht unter Ziffer 18 bestätigt wurde)

Name	Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen	Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Geburtsort	Geburtsland	Sterbedatum
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.5.1990: letzter Wohnsitz		
Zuzug aus dem Ausland? ☐ nein ☐ ja, am	Tag Monat Jahr	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)		
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)		

3 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise -

bei Waisenrente nur, wenn **keine** Witwenrente / Witwerrente beantragt wird

Name	Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen	Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Geburtsort	Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer **3**

Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland? ☐ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)	
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)	
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person	

3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?

☐ nein ☐ ja Versicherungsträger

3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?

☐ nein ☐ ja Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen

Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente

3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?

☐ Ehe ☐ Eingetragene Lebenspartnerschaft

3.2.1 Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen versicherten Person (Bei Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe bitte den Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft angeben.)

Tag Monat Jahr

3.2.2 Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

3.2.3 Haben Sie nach dem Tod der versicherten Person **wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet**?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4

☐ ja, am Tag Monat Jahr

3.2.4 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?

☐ nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners Tag Monat Jahr

bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 15

4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

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 ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)	

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

5 Zahlungsweg

☐ Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

IBAN (International Bank Account Number)

D E

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name, Vorname (Rufname)

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.**

Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:
Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**

6 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 6.2) **Beweismittel bitte beifügen**

6.1 Hat der Versicherte **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 6.2

☐ ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

☐ **Beitragszeiten** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer **6.1** **Beweismittel bitte beifügen**

☐ **Beitragszeiten** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse

☐ **nicht erwerbsmäßige Pflege** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

pflegebedürftige Person (Name, Vorname) Geburtsdatum

zuständige Pflegekasse

☐ **nicht erwerbsmäßige Pflege** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

pflegebedürftige Person (Name, Vorname) Geburtsdatum

zuständige Pflegekasse

☐ **selbständige Tätigkeit** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

☐ **selbständige Tätigkeit** vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

6.2 Hat der Versicherte Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

6.3 Hat der Versicherte 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 beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

6.4 Hat der Versicherte 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)?

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Art der Leistung

Nachweise ☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

7 Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen

Beweismittel bitte beifügen

7.1 Hat der Versicherte Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6

☐ ja

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

7.2 Hat der Versicherte Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil im Ausland gearbeitet wurde)? 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

7.3 Hat sich der Versicherte 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

7.4 War der Versicherte 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, Aserbaidschan, 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 7.6

7.5 Hat der Versicherte Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6

☐ ja

7.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

☐ nein, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 7.6

☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten | Kennzeichen (soweit bekannt)

7.6 Hat der Versicherte während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sonderversorgungssystem 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

8 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

8.1 Hat der Versicherte **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

9 Angaben zu Kindern

9.1 Machen Sie **für den Versicherten** Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

☐ Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Versicherten oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

9.2 Machen Sie **für den Versicherten** Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend (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

Bitte nur ausfüllen bei **Witwenrente / Witwerrente,** wenn die **Ehe / Lebenspartnerschaft**
- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind

9.3 Haben **Sie selbst** Kinder vor deren vollendetem 3. Lebensjahr erzogen?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10

☐ ja, ich habe ____ Kind / Kinder erzogen

9.3.1 Wurden für jedes Kind bereits Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?

☐ nein, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

☐ ja ☐ bei mir selbst ☐ beim Versicherten ☐ bei einem anderen Berechtigten

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

10 Sonstige Angaben

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherte bis zum Tode eine Rente bezogen hat

10.1 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") beantragt?

☐ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr

bei der ☐ Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service

☐ knappschaftlichen Rentenversicherung

10.2 Haben Sie einen Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung** 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

10.3 Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen?

☐ nein ☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

bitte Bescheid beifügen

10.4 Ist der Tod des Versicherten durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10.5

☐ ja, Unfalltag Tag Monat Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen **(Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

10.5 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärähnlichen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, Internierung, Vertreibung oder Flucht verursacht worden?

Ursache

☐ nein ☐ ja

anerkannt von

Aktenzeichen

10.6 Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** zurückgelegt, weil er beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurde?

☐ 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 der Versicherte 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 hat.

Bitte ausfüllen, wenn die große Witwenrente / Witwerrente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

10.7 Ist Ihre Erwerbsminderung ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 10.8

☐ ja, Unfalltag Tag Monat Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen **(Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

Bitte ausfüllen, wenn beide Ehegatten / die früheren Ehegatten vor dem 1.1.1936 geboren sind und die Ehe vor dem 1.1.1986 geschlossen wurde

10.8 Wurde gegenüber einem Rentenversicherungsträger / Unfallversicherungsträger eine **gemeinsame Erklärung** abgegeben, dass die **am 31.12.1985 geltenden Rechtsvorschriften** für eine Rente an Witwen, Witwer, frühere Ehegatten **anzuwenden** sind?

Versicherungsträger (Name, Anschrift)

☐ nein ☐ ja

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt und Ziffer 10.8 bejaht wird oder wenn die Versicherte vor dem 1.1.1986 verstorben ist

10.9 Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck R0690 ausfüllen und** zusammen mit **Unterhaltsnachweisen beifügen**

Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente / Witwerrente beantragt wird und die Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen / die Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem 31.12.2001 begründet wurde

10.10 Hat die Ehe / Lebenspartnerschaft mindestens ein Jahr gedauert?

☐ nein, **bitte Vordruck R0510 ausfüllen und beifügen**

☐ ja

11 Angaben zum Einkommen bei Witwenrente / Witwerrente

Zur Prüfung Ihres Einkommens **bitte Vordruck R0660 ausfüllen und beifügen**.
Nicht erforderlich, wenn der Versicherte **vor dem 1.1.1986 gestorben** ist oder eine **wirksame Erklärung** über die weitere Anwendung des bis zum 31.12.1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrechts abgegeben wurde.

11.1 Haben Sie Kinder im waisenrentenberechtigten Alter, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des verstorbenen Versicherten sind?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck R0650 ausfüllen und beifügen**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Andere Leistungen

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

12.1 Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr Jahr der Abfindung

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

12.2 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten 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

12.3 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

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

12.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte 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

12.5 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

12.6 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

Art der Leistung

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

12.7 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

12.8 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)

☐ nein

☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

13.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Die Meldung zur KVdR **(Vordruck R0810)**

☐ ist beigefügt ☐ wurde weitergeleitet ☐ wird nachgereicht

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

13.2 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 14

☐ ja

13.2.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

☐ nein ☐ ja

13.2.2 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

☐ nein

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

☐ ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

13.2.3 Sind Sie privat krankenversichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 14

☐ ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

13.2.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 14

☐ ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR Cent

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

13.2.5 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein

☐ ja, seit Tag Monat Jahr Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

14 Pflegeversicherung

Bitte ausfüllen, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

14.1 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

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn** die **Angaben** unter Ziffer 18 **bestätigt** werden.

15 Dokumentenzugang

15.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

☐ Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
Meine De-Mail-Adresse lautet:

15.2 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)

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

16 Erklärung 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.
Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf wurden keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenantrags bis zum Erhalt des Rentenbescheides
- eine Leistung nach Ziffer 12 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

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 Arbeitslosengeld II),
d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
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), und
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).

Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

17 Anlagen

Vordruck _____

Vollmacht / Beschluss des Gerichts _____

18 Bestätigungsvermerk

Die **Angaben zur Person** (siehe Ziffer 3) werden bestätigt durch:

☐ gültigen Personalausweis ☐ gültigen Reisepass ☐

Die Angaben zum

☐ Geburtsdatum des verstorbenen Versicherten werden bestätigt.

☐ Sterbedatum werden bestätigt.

☐ Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt.

Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die hinterbliebene Person mit dem / der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war beziehungsweise in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.

☐ ja

☐ nein, die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den die Rente beantragenden Ehegatten / Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde **nach dem Tod** ausgestellt sein

Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde ausgestellt am Tag Monat Jahr

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

☐ Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes ☐ Familienbuch / Familienstammbuch

☐

Es ist beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden