

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.

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	Kleine Witwenrente / Witwerrente		20
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		21
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des maßgebenden Lebensalters wegen Erwerbsminderung		21
	Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an den geschiedenen Ehegatten	Vordruck R0630 bitte beifügen	21
<input type="checkbox"/>	Halbwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	25
<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <table><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr			
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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	
Versicherungsträger	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente	
3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?	
<input type="checkbox"/> Ehe	
<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

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

<input type="checkbox"/>	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 **Vordruck 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)?													
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 6.2													
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:													
<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr												
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

<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
	genaue Bezeichnung der Tätigkeit										
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn											
Anschrift											
zuständige Krankenkasse											
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
	pflegebedürftige Person (Name, Vorname)										
Geburtsdatum											
zuständige Pflegekasse											
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
	pflegebedürftige Person (Name, Vorname)										
Geburtsdatum											
zuständige Pflegekasse											
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
6.2 Hat der Versicherte Zeiten und Sachverhalte im Beitragsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?											
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	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, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten,
Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten,
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, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6
 ja

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

nein ja, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**

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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 beigelegt 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 beigelegt liegt nicht vor wird nachgereicht

10.3 Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen (auch im Ausland)?

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?

nein ja

Ursache

anerkannt von

Aktenzeichen

10.6 Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdentengesetz** 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 oder deren Nachfolgestaaten 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)

12 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie 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 **unterhaltsberechtigzte 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 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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12.7 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

12.8 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung - 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

12.9 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsopferfürsorge, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

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)

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

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?

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

nein 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



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

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)

16 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.

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 Rentenanspruchs 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 beigelegt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

