

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Anlage zum Antrag auf

R0610

Halbwaisenrente **Vollwaisenrente**

Sterbeurkunden **sämtlicher** Elternteile bitte beifügen

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (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 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).

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

Folgende Unterlagen bitte immer beifügen: Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise

Darüber hinaus

- bei einem **leiblichen Kind** eines männlichen Versicherten, der zur Zeit der Geburt des Kindes nicht mit der Kindesmutter verheiratet war:
Vaterschaftsanerkennung, gerichtliche Entscheidung oder Auszug aus dem Geburtsregister
- bei einem **Stiefkind**:
Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde des Versicherten und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Pflegekind**:
Nachweis über das Pflegekindschaftsverhältnis und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Enkel, Bruder** oder einer **Schwester**:
Bescheinigung der Meldebehörde, bei einem Enkel zusätzlich den Nachweis des Status "Enkel" zum Beispiel durch **Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde** der Eltern und Großeltern, entsprechende Abstammungsurkunden

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Geburtsdatum

2 Waisen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

2.1 Angaben zur Person		
Waise	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	
1		
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Waise	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
2				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
Waise	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
3				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
Waise	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
4				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
2.2 Ist eine der unter Ziffer 2.1 aufgeführten Waisen aus dem Ausland zugezogen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
	Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
	Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		
	Vorname der Waise	Tag	Monat	Jahr
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	Zuzug am nach (Ort, Bundesland)		



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat

**für jede volljährige Waise bitte
einen Vordruck R0610 ausfüllen**

Angaben zur Person

Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)

Geburtsdatum / Versicherungsnummer

Geschlecht

Tag Monat Jahr

männlich weiblich

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Straße, Hausnummer

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Adresszusatz

Telefax (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort

Zugang aus dem Ausland?

Tag Monat Jahr

Ort, Gebiet, Staat

nein ja, am

aus
Ort, Bundesland

nach

persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke

4 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Adresszusatz

Telefax (Angabe freiwillig)

Postleitzahl

Wohnort



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Zahlungsweg

Bei Wohnsitz im Inland:

Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder EC-Karte):

IBAN (International Bank Account Number)

D **E**

Geldinstitut (Name)

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

Bei Wohnsitz im Ausland:

Bei Zahlung auf ein Konto im Ausland ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **bitte ausfüllen und beifügen**.

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen**.

6 Begründung des Anspruchs

6.1 Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7

ja

6.2 Die Waisenrente wird beantragt wegen einer

Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen, weiter bei Ziffer 6.3

Vordruck R0616 ist beigelegt wird nachgereicht
vom - bis

Ableistung eines Freiwilligendienstes _____

Behinderung, bitte weiter bei Ziffer 6.4

nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.2.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?

nein, **bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen**, weiter bei Ziffer 6.3

Vordruck R0616 ist beigelegt wird nachgereicht

ja, **bitte Kindergeldbescheid beifügen**

Kindergeldbescheid ist beigelegt wird nachgereicht ist nicht beigelegt, weil _____



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

6.2.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

nein, **bitte die Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen**

Vereinbarung ist beigefügt wird nachgereicht

ja

nur bei Ausbildung, Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.3 Haben Sie in den letzten 6 Monaten davor bereits eine Ausbildung oder einen Freiwilligendienst zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5

ja, Ausbildung bis _____ **bitte Nachweise beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5
 Freiwilligendienst bis _____ **bitte Nachweise** über Art, Beginn und Ende des **Freiwilligendienstes** und - sofern in dieser Zeit ein Kindergeldanspruch bestanden hat - den entsprechenden **Kindergeldbescheid beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5

nur bei Behinderung:

6.4 Liegt ein Grad der Behinderung von über 80 mit Merkzeichen H vor, wurde ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder sind Sie wegen Ihrer Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig?

nein, **bitte ärztliche Bescheinigung** über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung **beifügen**

ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.4.1 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?

nein ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.5 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

vom - bis

nein ja _____

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen

7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefeltern und Pflegeeltern der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen

Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile
Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 7

Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis

8 Bitte ausfüllen, wenn Waisenrente für Stiefkinder und Pflegekinder oder als Enkel, Bruder oder Schwester beantragt wird

8.1 Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2 Vorname der Waise seit <input type="checkbox"/> ja
bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen
8.1.1 War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen? für (Vorname der Waise) bis wann <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.2 Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) / Bundeskindergeldgesetz (BKGG) von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde? für (Vorname der Waise) von welcher Stelle, Aktenzeichen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester: 8.3 Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen? für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
8.3.1 Haben andere Personen oder Stellen (zum Beispiel Träger der Jugendhilfe) Unterhaltsleistungen für eine der Waisen erbracht? für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Vorname, Anschrift / zahlende Stelle



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen die Waisen eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

9.1 Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Versicherungsnummer

9.2 Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

Jahr der Abfindung

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.3 Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe

Vorname der Waise

nein ja

Name des Elternteils

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

9.4 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.9 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

9.10 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung - Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle (bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks)

Aktenzeichen

9.11 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

Vorname der Waise

nein ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Bitte für jede Waise eine Meldung zur KVdR (Vordruck R0810) ausfüllen

10.1 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 wird nachgereicht wurde weitergeleitet



11 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

11.1 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Stiefkind

Pflegekind

(Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist / war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.)

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 16 bestätigt** werden.

Ansonsten benötigen wir wahlweise zum Beispiel (gegebenenfalls in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

Hinweis: Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem EStG beziehungsweise dem BGG nicht aus. Lediglich in bestimmten Einzelfällen kann bei einem über 18 Jahre alten Kind die Waisenrente Auswirkungen auf den Auszahlungsanspruch des Kindergeldes haben. Näheres hierzu erfahren Sie bei der Familienkasse der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit - oder falls Sie dem öffentlichen Dienst angehören oder Versorgungsempfänger sind - bei der Stelle, die auch die Bezüge beziehungsweise das Arbeitsentgelt zahlt. Dort können Sie auch den Antrag auf Kindergeld stellen.

12 Dokumentenzugang

12.1 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:

12.2 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)

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden 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 Rentenanspruchs bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 9 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift / der Aufenthaltsort der Waise 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 - BVG, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG 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 Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) 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)
--	---------------------------------

14 Information der Antragstellerin / des Antragstellers bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel 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 (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (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).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufhalten beziehungsweise Rehabilitationsaufhalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 15.

15 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

15.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

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 erhalten darf, die er für die Entscheidung über den Waisenrentenantrag 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 ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - oder §§ 116 / 119 SGB X - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 15.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



