

Versicherungsträger in  
Носител на осигувањето во  
Deutschland: Deutsche Rentenversicherung  
Германија:

Deutsche Versicherungsnummer  
Германски број на осигурување

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

Mazedonien: FOND NA  
Македонија: PENZISKOTO I INVALIDSKOTO  
OSIGURUVANJE NA MAKEDONIJA  
Ul. 23 Oktomvri Br. 11  
1000 SKOPJE  
MAZEDONIEN

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ nicht bekannt  
Број на предмет: \_\_\_\_\_ не е познат

## Angaben zum Antrag auf Hinterbliebenenrente

(in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen)

## Податоци кон барањето за семејна пензија

(да се пополни со печатни букви или на машина за пишување)

Bei den mit  gekennzeichneten Fragen soll die Richtigkeit der Angaben amtlich bestätigt oder durch Unterlagen belegt sein. Ist dies der Fall, so ist der Kreis anzukreuzen  ; ansonsten ist der Kreis frei zu lassen.

Die angeführten zusätzlich erforderlichen Unterlagen bzw. Formblätter sind unbedingt beizufügen, da der Antrag sonst nicht bearbeitet werden kann.

Kaj прашањата означени со  треба точноста на податоците службено да се потврдат или документираат. Во тој случај кругот треба да се означи со икс  ; во спротивно кругот се остава празен.

Дополнително наведената потребна документација, односно печатени обрасци, треба задолжително да се приложат, инаку не е можно решавање на барањето.

Datum der Antragstellung  
Дата на поднесување на барањето



Tag ден	Monat месец	Jahr година

### 1. Beantragte Rente/Поднесено барање за пензија

- Witwenrente/Witwerrente  
Семејна пензија за вдовица-вдовец
- Waisenrente  
Семејна пензија за деца
- Hinterbliebenenrente an die Familienmitglieder (z.B. Eltern, Geschwister und andere Kinder)  
Семејна пензија за издржувач член на семејството (на пр. подители, браќа, сестри и др. деца)
- Witwenrente/Witwerrente an den früheren Ehegatten  
Семејна пензија за поранешен браќен другар

### 2. Angaben zur Person der Versicherten/des Versicherten/Лични податоци за осигуреникот-чката

<input type="radio"/> Name/Презиме	<input type="radio"/> Vorname (Rufname bitte unterstreichen) Име (во случај на повеќе имиња да се потцрта главното)
<input type="radio"/> Geburtsname/Презиме при раѓањето	<input type="radio"/> Früher geführte Namen (mit Angabe z.B. verwitwet, geschieden) Поранешни презимиња (со податоци на пример: вдовец-ца, разведен-а)
<input type="radio"/> Tag ден Monat месец Jahr год. Geburtsdatum Дата на раѓањето ←	<input type="radio"/> Geschlecht (Zutreffendes ankreuzen) Пол (соодветното да се означи со „X“) <input type="checkbox"/> männlich/машки <input type="checkbox"/> weiblich/женски
<input type="radio"/> Tag ден Monat месец Jahr год. Todesstag Дата на смртта ←	<input type="radio"/> Geburtsort und Staat/Место на раѓањето и држава

<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit im Zeitpunkt des Todes Државјанство во часот на смртта	<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit am 1.1.1956 Државјанство на ден 1 јануари 1956 година
Flüchtling im Sinne des Artikels 1 des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.7.1951 (Genfer Konvention)? Бегалец во смисла на член 1 од Конвенцијата за правната положба на бегалците од 28 јули 1951 година (Женевска конвенција)?	
<input type="checkbox"/> nein/не <input type="checkbox"/> ja/да	<input type="radio"/> Falls ja: Nummer des Ausweises und ausstellende Behörde Ако да: Број на документот и установа која го издала
<b>Ständiger Wohnsitz am 1.1.1956</b> <b>Живеалиште на ден 1 јануари 1956 година</b>	Personenkennziffer (zu entnehmen aus dem Pass oder Personalausweis): Единствен матичен број на граѓанинот:

**Wohnort im Zeitpunkt des Todes/Живеалиште во часот на смртта**

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број		
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење
<input type="checkbox"/> ledig неженет-немажена	<input type="checkbox"/> verheiratet женет-мажена	<input type="checkbox"/> verwitwet вдовец-ица
		<input type="checkbox"/> geschieden разведен-а
		<input type="checkbox"/> wiederverheiratet повторно оженет-премажена
seit од _____		

**3. Angaben zur Person des Antragstellers/der Antragstellerin**

**Лични податоци за подносителот на барањето**

<input type="radio"/> Name/Презиме	<input type="radio"/> Vorname (Rufname bitte unterstreichen) Име (во случај на повеќе имиња да се потцрта главното)
<input type="radio"/> Geburtsname/Презиме при раѓањето	<input type="radio"/> Früher geführte Namen (mit Angabe z.B. verwitwet, geschieden) Поранешни презимиња (со податоци на пример: вдовец-ца, разведен-а)
<input type="radio"/> Tag ден	<input type="radio"/> Monat месец
<input type="radio"/> Jahr год.	<input type="radio"/> Geburtsdatum Дата на раѓањето
←	
<input type="radio"/> Geburtsort und Staat/Место на раѓањето и држава	
<input type="radio"/> Staatsangehörigkeit im Zeitpunkt der Antragstellung/Државјанство на денот на поднесување на барањето	
Flüchtling im Sinne des Artikels 1 des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.7.1951 (Genfer Konvention)? Бегалец во смисла на член 1 од Конвенцијата за правната положба на бегалците од 28 јули 1951 година (Женевска конвенција)?	
<input type="checkbox"/> nein/не <input type="checkbox"/> ja/да	<input type="radio"/> Falls ja: Nummer des Ausweises und ausstellende Behörde Ако да: Број на документот и установа која го издала

**Derzeitiger Wohnort/Сегашно место на живеење-престојувалиште**

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број		
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

**Heimatanschrift in Mazedonien, sofern abweichend vom derzeitigen Wohnort**

**Адреса во Република Македонија, ако не е соодветна со сегашното место на живеење**

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број		
Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

Rechtsstellung zum Versicherten/Законски однос спрема осигуреникот																	
<input type="checkbox"/> Witwe вдовица	<input type="checkbox"/> Witwer вдовец	<input type="checkbox"/> früherer Ehegatte поранешен брачен другар	<input type="checkbox"/> Elternteil родител	<input type="checkbox"/> eine andere unterhaltene Person други издржувани лица													
Tag der Eheschließung mit dem Versicherten Ден на оклучување на бракот со осигуреникот			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">Tag ден</td> <td style="text-align: center;">Monat мес.</td> <td style="text-align: center;">Jahr год.</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">←</td> </tr> </table>			○	Tag ден	Monat мес.	Jahr год.							←	
○	Tag ден	Monat мес.	Jahr год.														
				←													
Bestand diese Ehe bis zum Tod des Versicherten? Дали истиот брак траел до смртта на осигуреникот?			<b>Falls nein, aus welchem Grund?</b> <b>Ако не, заради која причина?</b>														
<input type="checkbox"/> nein не			<input type="checkbox"/> geschieden разведен														
<input type="checkbox"/> ja да			<input type="checkbox"/> aufgehoben укинат														
			<input type="checkbox"/> für nichtig erklärt прогласен за неважен														
			seit од _____ (Das Urteil bitte beifügen!) (Де се приложи пресудата!)														
Hat die Witwe/der Witwer nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet? Дали вдовицата/-цот по смртта на осигуреникот склучила-л нов брак?																	
<input type="checkbox"/> nein не			<input type="checkbox"/> ja да														
			<b>Falls ja: am</b> <b>Ако да:</b>														
			Tag ден	Monat месец	Jahr год.												

#### 4. Antragstellung durch andere Personen/Поднесување на барање од страна на други лица

<input type="checkbox"/> nein/не	<input type="checkbox"/> ja/да	<b>Falls ja:</b> Der Antrag wird in Vertretung gestellt von <b>Ако да:</b> Барањето го поднесува застапникот			
		Name, Vorname Презиме, име	Vollmacht wirksam seit полномошното важи од		
		○			
		○	In Eigenschaft als И тоа во својство на		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		gesetzlicher Vertreter законски застапник	Vormund старател	Bevollmächtigter полномошник	
Straße, Hausnummer/Улица, куќен број					
Postleitzahl Поштенски број		Postort/Определена пошта		Wohnort/Место на живеење	

#### 5. Zahlungsweg/Начин на исплата

5.1.  an die Anschrift des (der) Versicherten  
на адреса на осигуреникот-чката

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број

Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење

5.2.  an die Anschrift des Bevollmächtigten  
на адреса на полномошникот

Name, Vorname/Презиме, име

Vollmacht wirksam seit/Полномошното важи од

○

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број

Postleitzahl Поштенски број	Postort/Определена пошта	Wohnort/Место на живеење



**8.2. Kinder im Alter vom vollendeten 15. Lebensjahr bis zum vollendeten 26. Lebensjahr**  
**Деца по навршени 15 години живот до навршени 26 години живот**

Name Презиме	Vorname Име	Geburtsdatum Дата на раѓањето			Rechtsstellung zum Versicherten * Законски однос спрема осигуреникот *	Wohnort des Kindes Место на живеење на детето	Staatsange- hörigkeit Државјанство
		Tag ден	Monat месец	Jahr год.			
<input type="radio"/>							
voraussichtliche Dauer der Schul-/Berufsausbildung предвидено траење на школувањето-стручното образование					vom од	bis до	
gebrechlich инвалид		seit од		wegen заради			

Name Презиме	Vorname Име	Geburtsdatum Дата на раѓањето			Rechtsstellung zum Versicherten * Законски однос спрема осигуреникот *	Wohnort des Kindes Место на живеење на детето	Staatsange- hörigkeit Државјанство
		Tag ден	Monat месец	Jahr год.			
<input type="radio"/>							
voraussichtliche Dauer der Schul-/Berufsausbildung предвидено траење на школувањето-стручното образование					vom од	bis до	
gebrechlich инвалид		seit од		wegen заради			

**Für diese Kinder ist beizufügen:**  
**Потребно е да се приложи:**

Bescheinigung der Schule mit Angabe über Klasse (Semester) und voraussichtliche Dauer des Schulbesuchs bzw. Studiums, oder Lehrvertrag und Bestätigung des Lehrherrn, dass das Lehrverhältnis noch besteht und wann es endet, oder bei Gebrechlichkeit die vorhandenen ärztlichen Unterlagen.

Школска потврда со податоци за класот (семестарот) и до кога отприлика ќе трае школувањето, односно студирањето, или договор за школување и потврда дека школувањето се уште трае и дека ќе биде завршено, или кај инвалидност постоечка лекарска документација.

\* Bei Antrag auf Kinderzuschuss bitte angeben, ob es sich um ein eheliches, uneheliches, Adoptiv- oder Stiefkind handelt.

\* При поднесување на барање за додаток на деца треба да се наведе дали се работи за брачно, вонбрачно, посвоено дете или посинето.

**9. Angaben über den Vormund des Kindes/der Kinder** **Nur im Fall von Waisen unter Vormundschaft ausfüllen.**  
**Податоци за старателот на детето (децата)** **Се пополнува само за децата што се под старателство.**

**9.1.** Steht die Waise unter Vormundschaft?/Дали детето има старател?

nein  
не

ja  
да

**Falls ja, Angaben über den Vormund bitte anführen!**  
**Ако има, да се наведат податоци за старателот!**

Name, Vorname/Презиме, име

Vormundschaft wirksam ab:  
Старателството важи од:

Straße, Hausnummer/Улица, куќен број

Postleitzahl  
Поштеноки број

Postort/Определена пошта

Wohnort/Место на живеење

**9.2.** Angaben zu den Waisen, die unter Vormundschaft stehen/Податоци за децата што се под старателство

Name/Презиме	Vorname/Име	Anschrift der Waise/Адреса на децата
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		

## 10. Sonstige Angaben/Останати податоци

10.1.	<p>Hat der verstorbene Versicherte im Zeitpunkt des Todes oder früher eine Rente bezogen bzw. beantragt (in Deutschland, Mazedonien oder einem Drittstaat)? Дали умрениот осигуреник во часот на смртта или порано примил, односно побарал пензија (во Македонија, Германија или трета држава)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Versicherungsträger, Aktenzeichen, Versicherungsnummer <b>Ako да:</b> Носител на осигурувањето, број на актот, број на осигурувањето</p>			
10.2.	<p>Ist der Tod des Versicherten durch Unfall oder durch andere Personen verursacht worden? Дали смртта на осигуреникот е предизвикана со несреќа или од страна на други лица?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Art des Unfalls <b>Ako да:</b> Видот на несреќата</p>	<p>Ort des Unfalls Место на несреќата</p>	<p>Datum Дата</p>	<p>Name und Anschrift des Schädigers Име и презиме и адреса на штетникот</p>
10.3.	<p>War die Witwe/der Witwer im Zeitpunkt des Todes des/der Versicherten aufgrund einer Beschäftigung oder aufgrund einer selbständigen Tätigkeit versichert? Дали вдовицата-цот на денот на смртта на осигуреникот-чката билна во осигурување врз основа на работен однос или вршел-а дејност врз основа на која е осигурена?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Anfang und evtl. Ende der Versicherung <b>Ako да:</b> Дата на почетокот на осигурување и евентуалниот престанок _____</p>			
10.4.	<p>Ist der Antragsteller erwerbsgemindert? Да ли е подносителот на барањето намалено способен за стопанисување?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> seit wann _____ <b>Ako да:</b> од кога _____</p>	<p>Ärztliches Gutachten bitte beifügen! Да се приложи лекарско мислење!</p>		
10.5.	<p>Ist die Erwerbsminderung des Antragstellers ganz oder teilweise infolge eines Unfalls (Arbeits-, Verkehrsunfall) eingetreten oder ist sie durch andere Personen verursacht? Дали намалување на работната способнос на подносителот на барањето за пензија е потполно или делумно како последица на несреќа или е предизвикана од страна на други лица?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Art des Unfalls <b>Ako да:</b> Видот на несреќата</p>	<p>Ort des Unfalls Место на несреќата</p>	<p>Datum Дата</p>	<p>Name und Anschrift des Schädigers Име и презиме и адреса на штетникот</p>
10.6.	<p>Erzieht die Witwe/der Witwer ein Kind, das Anspruch auf eine Waisenrente nach dem verstorbenen Ehegatten hat? Дали вдовецот-та врши родителска должност спрема детето кое има право на семејна пензија по умрениот осигуреник?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Erklärung, dass ein Kind erzogen wird, bitte beifügen! <b>Ako да:</b> Да се приложи изјава!</p>			
10.7.	<p>Bei Antragstellung durch einen Elternteil des Versicherten oder durch ein anderes Familienmitglied, das unterhalten wurde: Hat der Versicherte bis zum Zeitpunkt seines Todes seinen Lebensunterhalt bestritten? Ако барање за пензија поднесува родителот на осигуреникот или друг издржувач член семејството, дали осигуреникот го издржувал до смртта?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> seit wann _____ <b>Ako да:</b> од кога _____ Unterhaltsnachweise bitte beifügen! Да се приложат докази за издржувањето!</p>			
10.8.	<p>Bei Antragstellung durch früheren Ehegatten: War der Versicherte unterhaltspflichtig? Ако барање за пензија поднесува бившиот брачен другар, дали осигуреникот бил должен да го издржува?</p> <p><input type="checkbox"/> nein           не           <input type="checkbox"/> ja                                   да</p>	<p><b>Falls ja:</b> Das Urteil über Unterhaltspflicht bitte beifügen! <b>Ako да:</b> Да се приложи пресудата за издржување!</p>			

## 11. Andere Leistungen/Други давања

Bezieht oder bezog die Witwe/der Witwer seit dem Tode des Versicherten eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine dieser Leistungen beantragt?

Дали вдовецот-та по смртта на осигуреникот примал-ла или прима едно од следните давања или е побарано едно од тие давања?

Art der Leistung/Вид на давањето	Falls ja:/Ако да:	Versicherungsträger, Aktenzeichen, Versicherungsnummer Носител на осигурувањето, број на актот, осигурувањето
11.1. Rente aus eigener Versicherung aus der mazedonischen Renten- und Invalidenversicherung. Пензија од македонското пензиско осигурување врз основа на сопствено осигурување.	<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	
11.2. Hinterbliebenenrente aus der Rentenversicherung in Mazedonien. Семејна пензија од пензиското осигурување на македонија.	<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	aus wessen Versicherung?/од чие осигурување?
11.3. Rente aus der Rentenversicherung in Deutschland oder einem dritten Staat. Пензија од пензиското осигурување во Германија или во трета држава.	<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	aus wessen Versicherung?/од чие осигурување?
11.4. Sonstige Leistungen aus Deutschland (z.B. Leistungen von der Agentur für Arbeit, Sozialhilfe usw.). Други давања од Германија (на пр. давања од страна на заводот за вработување, социјална помош и др.)	<input type="checkbox"/> nein не <input type="checkbox"/> ja да	von/од bis/до

## 12. Ersatzanspruch/Право на надоместок на штета

12.1. Besteht ein Ersatzanspruch? Дали постои право на надоместок?	<input type="checkbox"/> nein/не <input type="checkbox"/> ja/да	<b>Falls ja:</b> Von wem und für welche Zeit? <b>Ако да:</b> Од кога и за кое време?
12.2. Soll die Rentennachzahlung einbehalten werden? Дали треба да се задржи исплата на зваостаната пензија?	<input type="checkbox"/> nein/не <input type="checkbox"/> ja/да	

Ort und Datum/Место и дата

Stempel und Unterschrift/Печат и потпис