

**Application for Survivor's Pension**  
from the German Pension Insurance

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, marking everything that is applicable and submitting all required proof.

**Antrag auf Hinterbliebenenrente**  
aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

**A Information about the insured person**

**Angaben zum Versicherten**

1	Philippine Social Security Number <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS	<input type="text"/>	Philippinische Sozialversicherungsnummer <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS
2	German Insurance Number	<input type="text"/>	Deutsche Versicherungsnummer
3	Reference (if known)	<input type="text"/>	Kennzeichen (soweit bekannt)
4	Surname		Nachname
5	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
6	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)
7	Other names used in the past		Frühere Namen
8	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part N.)	Day Tag      Month Monat      Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
9	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Date of death (Please submit death certificate or have it confirmed in Part N.)	Day Tag      Month Monat      Year Jahr	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
11	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht
12	(Dual) citizenship at time of death (Please submit proof or have it confirmed in part N.)		Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
13	When did the deceased person leave Germany?	Day Tag      Month Monat      Year Jahr	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?
14	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)



Deutsche Versicherungsnummer
------------------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

**B Personal data of the widow/widower/the surviving civil partner**

Please enter information about orphan(s) in Part G.

For detailed information about the surviving civil partner please see guidelines.

**Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners**

Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen.

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Surname		Nachname						
2	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)						
3	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)						
4	Other names used in the past		Frühere Namen						
5	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part N.)	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
6	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in part N.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)						
7	Present address		Derzeitige Anschrift						
8	Telephone number		Telefonnummer						
9	Fax number		Telefaxnummer						
10	Have you lived in Germany? - <b>If yes</b>  - when did you leave Germany?	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Haben Sie in Deutschland gelebt? - <b>Falls ja</b>  - wann haben Sie Deutschland verlassen?
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
11	Own German insurance number of the survivor		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen						
12	Own Philippine social security number of the survivor  <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS		Eigene philippinische Sozialversicherungsnummer des Hinterbliebenen  <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> GSIS						
13	German personal identification number for tax purposes (if known)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)						
14	Date of marriage/registration of the civil partnership with the insured person (Please submit the marriage/civil partnership registration certificate or have it confirmed in part N.)	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

15	Did this marriage/registered civil partnership continue until the death of the insured person?	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?						
16	Have you remarried/registered a new civil partnership since the death of the insured person?  <b>If yes,</b> on the	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja  <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?  <b>Falls ja,</b> am
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							

**C Application filed by another person**  
 (Please submit full power of attorney/proof.)

**Antragstellung durch andere Person**  
 (Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen.)

1	Surname		Nachname
2	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Postal address		Anschrift
4	Telephone number		Telefonnummer
5	Fax number		Telefaxnummer

**D Type of pension claimed**
**Beantragte Rentenart**

1	Widow's/widower's pension/pension for survivors from a registered civil partnership	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Widow's/widower's pension after the last-but-one spouse/registered civil partner	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Widow's/widower's pension of spouses divorced before July 1, 1977 (Please submit divorce decree.)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 1.7.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	Orphan's pension (Information on the orphans in part G.)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G.)



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**Nur ausfüllen**, falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).

**Only to be filled** in if you are not old enough for a large widow's pension (see guide, part D, items 5 and 6).

5	Are you bringing up at least one child under the age of 18 or taking care of a handicapped child who is therefore not able to support himself/herself? (Please submit birth certificate or proof of the handicap.)	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.)					
	<b>If yes, please indicate:</b> - child's name  - child's date of birth	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr			
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
6	Do you consider yourself to be of reduced earning capacity? (Please submit <b>medical findings</b> and <b>documentation</b> .)	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie <b>ärztliche Befunde</b> und <b>Unterlagen</b> bei.)					

**E Further information on the pension application**

**Weitere Angaben zum Rentenantrag**

1	Was the death of the insured person caused by a work accident, occupational disease or similar? <b>If yes, please indicate:</b>	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden? <b>Falls ja, bitte angeben:</b>						
	- cause  - date of accident	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				- Ursache  - Tag des Unfalls
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
2	Was the death of the insured person caused by another person or was it caused by an accident? <b>If yes, please indicate:</b>	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? <b>Falls ja, bitte angeben:</b>						
	- cause  - date of accident	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				- Ursache  - Tag des Unfalls
	Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
<b>If the death was caused by another person:</b> Please indicate the name and address of the person responsible.	- Name und Anschrift des Schädigers	<b>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:</b> Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.							



<p>3 Has a claim for compensation for damages been lodged?</p> <p><b>If yes,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- against whom? Please indicate name and address</li> <li>- Reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p><b>Falls ja,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gegen wen? Bitte Name und Adresse angeben</li> <li>- Aktenzeichen</li> </ul>
<p>4 Had the late insured person already applied for or received a Philippine or other foreign pension?</p> <p><b>If yes,</b> please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- periods when pension was received</li> <li>- type of pension</li> <li>- insurance agency (name and address)</li> <li>- insurance or reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p>from / vom                      to / bis</p>	<p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine philippinische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p><b>Falls ja,</b> bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeit des Bezuges</li> <li>- Art der Rente</li> <li>- Versicherungsträger (Name und Adresse)</li> <li>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</li> </ul>

**F Additional information on the Widow/widower/surviving registered civil partner**

**Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des Hinterbliebenen aus Eingetragener Lebenspartnerschaft**

<p>1 Have you applied for a survivor's pension from Philippines, Germany or another foreign country, or received such a pension?</p> <p><b>If yes,</b> please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insurance agency/country</li> <li>- insurance or reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus den Philippinen, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal eine bezogen?</p> <p><b>Falls ja,</b> bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsträger / Staat</li> <li>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</li> </ul>
<p>2 Have you applied for or received a <b>survivor's pension</b> or lump-sum settlement from the Philippines, German or foreign statutory accident insurance or received such a pension?</p> <p><b>If yes,</b> please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insurance agency/country</li> <li>- insurance or reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der philippinischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates beantragt oder schon einmal eine bezogen?</p> <p><b>Falls ja,</b> bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsträger / Staat</li> <li>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</li> </ul>



Deutsche Versicherungsnummer
------------------------------

Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------------------

**Only to be filled in, if**  
the marriage/registered civil partnership

- was contracted after December 31, 2001 or
- before January 1, 2002 and both spouses/registered partners were born after January 1, 1962

**Nur ausfüllen, wenn die Ehe /**  
Eingetragene Lebenspartnerschaft

- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Eingetragene Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind

<p>3 <b>Did you personally</b> raise a child before his/her 3rd year of life?</p> <p><b>If yes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Have German periods taken into account been already recognized for this child/applied for?</li> <li>- For which person?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<p>Haben <b>Sie selbst</b> ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?</p> <p><b>Falls ja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?</li> <li>- Für welche Person?</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	

**G Personal data of the orphan(s)**  
(Please submit proof or have it confirmed in part N.)

**A separate form PH/DE 2 and proof of schooling, college attendance and training are required for each orphan who has reached the age of 18.**

**Personalien der Waise(n)**

(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)

**Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt PH/DE 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.**

1	Surname of orphan	First name	Date of birth	Child's relationship with the late insured person (1)	For orphans over 18: type of education or apprenticeship or "handicapped"	Citizenship
	Nachname der Waise	Vorname	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten (1)	Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder „behindert“	Staatsangehörigkeit

(1) e.g. legitimate child, illegitimate child, stepchild (see explanations on part G)  
z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)

2	Postal address, if different from the address of widow/widower	Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers



**H Additional information on the orphans****Zusätzliche Angaben zu den Waisen**

<p>1 Has any of the orphans applied for or received one of the following benefits?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orphan's pension from the <b>German Pension Insurance</b> for another parent?</li> </ul> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orphan's first name</li> <li>- name of the deceased parent</li> <li>- agency</li> <li>- Insurance number or date of birth of the deceased parent</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orphan's pension from the Philippine, the German or another foreign <b>statutory accident insurance</b>?</li> </ul> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orphan's first name</li> <li>- agency/country</li> <li>- reference number</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- other <b>orphan's pensions/benefits</b> under <b>German</b> law?</li> </ul> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- first name of the orphan</li> <li>- name of the deceased parent</li> <li>- agency</li> <li>- reference number</li> </ul>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja         </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja         </div> <hr/> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja         </div>	<p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waisenrente aus der <b>deutschen Rentenversicherung</b> eines anderen Elternteils?</li> </ul> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorname der Waise</li> <li>- Name des verstorbenen Elternteils</li> <li>- Versicherungsträger</li> <li>- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Waisenrente aus der philippinischen, der deutschen oder der <b>Unfallversicherung</b> eines anderen Staates?</li> </ul> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorname der Waise</li> <li>- Versicherungsträger / Staat</li> <li>- Aktenzeichen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach <b>deutschen</b> Recht?</li> </ul> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorname der Waise</li> <li>- Name des verstorbenen Elternteils</li> <li>- Behörde</li> <li>- Aktenzeichen</li> </ul>
<p>2 German personal identification number for tax purposes (if known)</p>	<div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja         </div>	<p>Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)</p>



**I Information on your own current  
income of the survivor****Angaben zum eigenen laufenden  
Einkommen des Hinterbliebenen**

<p>From the death of the insured person on, do you receive or have you received</p> <p><b>1 income</b> resulting from</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer)</li> <li>- self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p><b>Erwerbseinkommen</b> aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</li> <li>- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</li> </ul>
<p><b>2 short-term cash benefits in lieu of earned income</b> as statutory or private benefits for sickness, accident, unemployment or maternity allowance</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p><b>kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen</b> wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>
<p><b>3 long-term cash benefits in lieu of earned income</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- as your own insurance benefits or pension from the German, the Philippine or another <b>statutory</b> pension or accident insurance or superannuation scheme</li> <li>- insurance agency/country</li> <li>- insurance or reference number</li> <li>- your own benefits or pension from the employer or a <b>private</b> life, accident or pension insurance</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p><b>dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wie eigene Versichertenrente oder Pension aus der deutschen, philippinischen oder einer anderen <b>gesetzlichen</b> Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem</li> <li>- Versicherungsträger / Staat</li> <li>- Versicherungsnummer / Aktenzeichen</li> <li>- eigene Rente oder Pension vom Arbeitgeber oder aus einer <b>privaten</b> Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung</li> </ul>
<p><b>4</b> Have you applied for short-term or long-term cash benefits in lieu of earned income?</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Haben Sie kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen beantragt?</p>
<p><b>5</b> Have you received a compensation payment instead of a recurring benefit?</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>
<p><b>6 income from property</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- from capital assets (interests, dividends, profits from shares or other participations)</li> <li>- from insurances</li> <li>- from letting/leasing</li> <li>- from sales transactions for your own account</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p><b>Vermögenseinkommen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen)</li> <li>- aus Versicherungen</li> <li>- aus Vermietung / Verpachtung</li> <li>- aus privaten Veräußerungsgeschäften</li> </ul>





Deutsche Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen (soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

<p>7 Are there any children under 27 years of age for whom <b>no</b> orphan's pension is applied for because they are not children of the deceased?</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- child's surname and first name</li> <li>- child's date of birth</li> </ul> <p>For children who have reached the age of 18, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- type of education or</li> <li>- handicap (Please submit proof.)</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die <b>keine</b> Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachname und Vorname des Kindes</li> <li>- Geburtsdatum des Kindes</li> </ul> <p>Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Art der Ausbildung oder</li> <li>- Behinderung (Bitte Nachweis beifügen.)</li> </ul>
	<p>Day      Month      Year Tag      Monat      Jahr</p> <p>_____</p>	

**Information on the income of the survivor during the calendar year before the commencement of the pension**

**Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im Kalenderjahr vor Rentenbeginn**

<p>8 During the calendar year before the death of the insured person did you receive</p> <p><b>income</b> resulting from</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensation from the employer)</li> <li>- self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</li> </ul> <p><b>If yes</b>,</p> <p>please indicate periods</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?</p> <p><b>Erwerbseinkommen</b> aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</li> <li>- selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</li> </ul> <p><b>Falls ja</b>,</p> <p>bitte Zeiträume angeben</p>
	<p>from / vom      to / bis</p> <p>_____</p>	
<p>9 <b>short-term cash benefits in lieu of earned income</b> as statutory or private benefits for sickness, accident, unemployment, maternity</p> <p><b>If yes</b>,</p> <p>please indicate periods of receipt</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p><b>kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen</b> wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p><b>Falls ja</b>,</p> <p>bitte Zeiträume des Bezuges angeben</p>
	<p>from / vom      to / bis</p> <p>_____</p>	



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**J Information on the German periods of coverage of the late insured person**  
(Please complete only if the late insured person was not yet in receipt of a German pension.)

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e. g. military service, war captivity, expulsion)

**Please restrict this to the periods** which are **not** contained in your insurance record and enclose appropriate proof.

If required, you may request an insurance record from your German pension insurance agency.

**J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten**  
(Bitte nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog.)

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

**Beschränken** Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei.

Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf vom deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Period from - to  Zeitraum vom - bis	Please describe the type of employment or self-employment (for substitute periods please indicate type of period)  Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name and address of employer/enterprise, in the case of self-employment please indicate "self-employed"  Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name and address of the deceased's health insurance (e. g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)  Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der die verstorbene Person versichert war (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

**If you do not have enough space, please use an extra sheet! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!**



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

### K Further information on the insurance history of the late insured person

(Please complete and submit proof only if the late insured person was **not** yet in receipt of a German pension.)

### Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog.)

1	<p>Was the late insured person a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law on the reconciliation of occupational disadvantages?</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- restitution authority</li> <li>- reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgte(r) der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entschädigungsbehörde</li> <li>- Aktenzeichen</li> </ul>																					
2	<p>Are you, the orphan or was the late insured person an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons?</p> <p><b>If yes</b>, please submit a document for expelled persons.</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>																					
3	<p>Did any German insurance agency ever make a refund of contributions from the German Pension Insurance to the late insured person?</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insurance agency</li> <li>- insurance or reference number</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsträger</li> <li>- Versicherungsnummer / Aktenzeichen</li> </ul>																					
4	<p>Did the late insured person undergo vocational training <b>in Germany</b> (even without qualification)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Period</li> <li>- Type of vocational education (Please submit proof.)</li> <li>- If applicable, qualification on (Please submit proof.)</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p style="text-align: center;">Day      Month      Year Tag      Monat      Jahr</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																						<p>Hat der Verstorbene <b>in Deutschland</b> Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitraum</li> <li>- Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</li> <li>- ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</li> </ul>



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

5 Was the late insured person unfit for work <b>in Germany</b> or did he/she receive benefits for rehabilitation which are <b>not</b> contained in the insurance record?  Periods (Please submit proof.)	<table border="1"><tr><td data-bbox="497 217 753 443"><input type="checkbox"/> no / nein</td><td data-bbox="753 217 1002 443"><input type="checkbox"/> yes / ja</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	War der Verstorbene <b>in Deutschland</b> arbeitsunfähig krank oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten sind?  Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							
6 Has the late insured person been registered as unemployed <b>in Germany</b> and is this period <b>not</b> contained in the insurance record?  Periods (Please submit proof.)	<table border="1"><tr><td data-bbox="497 510 753 696"><input type="checkbox"/> no / nein</td><td data-bbox="753 510 1002 696"><input type="checkbox"/> yes / ja</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	War der Verstorbene <b>in Deutschland</b> arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten?  Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							
7 Did the late insured person complete a course of education in Germany, in the Philippines or in other foreign countries from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period <b>not</b> contained in the insurance record?  Periods (Please submit proof.)	<table border="1"><tr><td data-bbox="497 768 753 1037"><input type="checkbox"/> no / nein</td><td data-bbox="753 768 1002 1037"><input type="checkbox"/> yes / ja</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, den Philippinen oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit <b>nicht</b> im Versicherungsverlauf enthalten?  Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							
8 Between the age of 17 and 25, was the late insured person unfit for work for at least one calendar month in Germany, Philippines or other foreign countries and is this period <b>not</b> contained in the insurance record?  Periods (Please submit proof.)	<table border="1"><tr><td data-bbox="497 1104 753 1373"><input type="checkbox"/> no / nein</td><td data-bbox="753 1104 1002 1373"><input type="checkbox"/> yes / ja</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr><tr><td>from / vom</td><td>to / bis</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, den Philippinen oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit <b>nicht</b> im Versicherungsverlauf enthalten?  Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

9	<p>After attaining the age of 16, did the late insured person habitually reside in one of the following countries: Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada/Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after attaining the age of 15, habitually reside in Denmark, Greece or in the Netherlands?</p>	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja		<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?</p>																																										
		<table border="1"> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>			Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																								
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
10	<p>Was the late insured person also employed <b>outside</b> Germany (including the Philippines)?</p> <p><b>If yes</b>, please provide details. Periods in special systems are also to be indicated (e. g. civil servant provision/equivalent persons, EU officials, self-employed, farmers).</p>	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja		<p>War der Verstorbene auch <b>außerhalb</b> Deutschlands (auch in den Philippinen) erwerbstätig?</p> <p><b>Wenn ja</b>, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>																																										
		<table border="1"> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td>Period</td> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> <td>Country / Staat</td> <td rowspan="2">Zeitraum</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">insurance agency / Versicherungsträger</td> <td>insurance number / Versicherungsnummer</td> </tr> </table>			Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum		insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer	Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum	
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											
Period	from / vom	to / bis	Country / Staat	Zeitraum																																										
	insurance agency / Versicherungsträger		insurance number / Versicherungsnummer																																											



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)**L Periods of child-raising by the late insured person**

(Please complete and submit proof only if the late insured person was not yet in receipt of a German pension. In the case of child-raising in Germany, further information is necessary. The German agency will send form V800.)

**Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen**

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V800.)

1	The following children have been Surname		Folgende Kinder wurden erzogen: Nachname																		
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)																		
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part N.)	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)												
Day Tag	Month Monat	Year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																		
	Was the late insured person employed during the pregnancy and did she have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no / nein from / vom <input type="checkbox"/> yes / ja to / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																		
	The late insured person was primarily responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10.Lebensjahr überwiegend erzogen.																		
	In the following countries / In folgenden Staaten	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">from / vom</td> <td colspan="3">to / bis</td> </tr> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	from / vom			to / bis			Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
from / vom			to / bis																		
Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr																
2	Surname		Nachname																		
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)																		
	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part N.)	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)												
Day Tag	Month Monat	Year Jahr																			
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)																		
	Was the late insured person employed during the pregnancy and did she have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no / nein from / vom <input type="checkbox"/> yes / ja to / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?																		
	The late insured person was primarily responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10.Lebensjahr überwiegend erzogen.																		



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

In the following countries / In folgenden Staaten	from / vom			to / bis			
	Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr	
<b>3 Surname</b>						<b>Nachname</b>	
First name(s) (Please underline name normally used.)						Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)	
Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part N.)		<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>Day Tag</span> <span>Month Monat</span> <span>Year Jahr</span> </div>			Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen.)		
Place of birth (city, country, state)						Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	
Was the late insured person employed during the pregnancy and did she have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?		<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja			War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?		
		from / vom			to / bis		
The late insured person was primarily responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.		<input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja			Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10.Lebensjahr überwiegend erzogen.		
In the following countries / In folgenden Staaten		from / vom			to / bis		



<p>4 Has another person already submitted an application that takes into account the periods of childraising for these children?</p> <p>- <b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- Surname, first name</p> <p>- German insurance number or date of birth</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p> <p>Day      Month      Year Tag      Monat      Jahr</p>	<p>Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?</p> <p>- <b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Nachname, Vorname</p> <p>- Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum</p>
<p>5 Did you or the late insured person pay compulsory contributions to the <b>German</b> statutory pension insurance for employment / occupation outside Germany immediately before or during a child-raising period?</p>	<p><input type="checkbox"/> no / nein      <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur <b>deutschen</b> gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?</p>

**M Declaration**

**I assure** that I have answered all of the questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.

After application for and award of the pension, **I undertake** to immediately inform the pension insurance agency responsible for the payment of benefits of

- any changes in my family circumstances (e.g. my remarriage) and the application for and receipt of benefits and income listed under parts F, H and I.
- any changes which affect the drawing of the survivor's/ orphan's pension (e.g. interruption to or termination of training)
- death of the child, etc.

in writing and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.

**I am aware** that the SSS/GSIS may give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency pertaining to citizenship, statelessness or refugee status, the insured status (Philippine insurance record), the entitlement to pension and the amount. If it is necessary for the pension claimed, **I also authorize the** SSS/GSIS to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.

**I consent** that any information and evidence submitted, which applies to this claim or which is needed after a decision is reached concerning this claim, may be given by the SSS/GSIS to the competent German pension insurance agency and vice versa to enable a decision on the entitlement to benefits.

**Erklärung**

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wesentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

**Ich verpflichte mich**, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Rente unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

**Mir ist bekannt**, dass das SSS/GSIS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den philippinischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe, erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** das SSS/GSIS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

**Ich willige ein**, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von dem SSS/GSIS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.





Deutsche Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

Only for applications for the large widow's / widower's pension if you have not yet reached the required age, are not raising children and consider yourself to be of reduced earning capacity, as well as for applications for orphan's pension due to handicap:

If it is necessary for processing the pension claimed, **I consent** that all medical evaluations and reports I submit for the pension procedure or contained in the files or which accrue during the pension procedure may be examined and used by the competent German pension insurance agency or the SSS/GSIS. I further consent that the attending physicians, psychologists and institutions give any necessary information about my health to these pension insurance agencies. This includes sending any medical documents currently in their possession or which are compiled during the pension procedure.

**I know** that I can withdraw my consent at any time with effect for the future.

Nur für Anträge auf große Witwen- / Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung:

Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die im Rentenverfahren vorgelegt werden oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder dem SSS/GSIS eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

**Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

**Signature of the applicant**

**Unterschrift des Antragstellers**

\_\_\_\_\_

Date / Datum

\_\_\_\_\_

Signature / Unterschrift



Deutsche Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**N Confirmation by the SSS / GSIS**

**Bestätigung durch das SSS / GSIS**

Date of application in accordance with article 17 section 1 of the agreement	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Absatz 1 des Abkommens
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
<p>The personal data (surname, first name(s), date of birth, as well as the citizenship) relating to the deceased (part A) and the survivors (parts B und G) are confirmed by</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- valid passport</li> <li>- other document(s) (please specify)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no / nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes / ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no / nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes / ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<p>Die Angaben zur Person (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des, Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gültigen Reisepass</li> <li>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
<p>The information relating to the date of death and the marriage/civil partnership until the death are confirmed by</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- death certificate</li> <li>- other document(s) (please specify)</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no / nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes / ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no / nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes / ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<p>Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe/ Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterbeurkunde</li> <li>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
<p>The information in Part L relating to the children (surname, first name(s), date of birth) is confirmed on the basis of the documents presented.</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no / nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes / ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja	<p>Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Nachname, Vorname(n), Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.</p>				
<input type="checkbox"/> no / nein	<input type="checkbox"/> yes / ja							
Data	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Datum
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
Signature		Unterschrift						
Stamp of the SSS / GSIS		Stempel des SSS / GSIS						





Postfach 10 13 40  
34013 Kassel  
Germany

Telefon: +49 561 9359-0  
Telefax: +49 561 9359-217

**ENCLOSURE / ANLAGE**

**Application for survivor's pension**  
from the old-age insurance scheme for farmers  
- Alterssicherung der Landwirte (AdL) -

**Antrag auf Hinterbliebenenrente**  
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

**Please complete this ENCLOSURE only if the late insured person paid contributions to an old-age insurance scheme for farmers as a self-employed farmer or as the spouse of a self-employed farmer in Germany**

**Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt hat.**

A Information about person		Angaben zur Person	
1	Identification number	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	<b>Information about the spouse of the applicant</b>		<b>Angaben zum Ehegatten des Antragstellers</b>
3	Surname		Nachname
4	First name		Vornamen
5	Date of birth		Geburtsdatum
6	Place of birth		Geburtsort
7	Citizenship		Staatsangehörigkeit
8	Date of death		Sterbedatum

B Information about the payment of contributions		Angaben zur Beitragszahlung	
1	Have you or your spouse paid contributions to an old-age insurance scheme for farmers? Name of the old-age insurance scheme for farmers reference number	Applicant / Antragsteller <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes, to the... ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt? Name der LAK Aktenzeichen
	Name of the old-age insurance scheme for farmers reference number	Spouse / Ehegatte <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes, to the... ja, und zwar zur:	Name der LAK Aktenzeichen
2	Have you or your spouse worked as a self-employed farmer outside Germany? Country	Applicant / Antragsteller <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes, in ja, und zwar in:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt? Land
	Country	Spouse / Ehegatte <input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes, in ja, und zwar in:	Land



**C Payment of the pension****Auszahlung der Rente**

1	Into which account should the benefit to which the application relates be paid? (Unfortunately, the payment cannot be made by cheque)	Name and address of financial institution Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? (Die Leistung der AdL kann nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Bank code		Bankleitzahl
3	Account number		Kontonummer
4	Account holder, if different from applicant		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

**D Signature****Unterschrift**

Signature of the applicant		Unterschrift des Antragstellers
----------------------------	--	---------------------------------

