

Social Security Agreement between the Federal Republic of Germany and Australia
Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Australien

Application for Survivor's Pension
from the German Pension Insurance

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, mark everything applicable and submit all required proof.

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrags. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the deceased person

Angaben zum verstorbenen Versicherten

1	German Insurance Number	<input type="text"/>	Deutsche Versicherungsnummer						
2	Code (if known)	<input type="text"/>	Kennzeichen (soweit bekannt)						
3	Customer reference number	<input type="text"/>	Australische Kundennummer						
4	Name	<input type="text"/>	Name						
5	First names (Please underline name normally used)	<input type="text"/>	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)						
6	Name at birth (if different)	<input type="text"/>	Geburtsname (wenn abweichend)						
7	Other names used in the past	<input type="text"/>	Frühere Namen						
8	Date of birth (Please submit proof 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><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
9	Place of birth (city, country, state)	<input type="text"/>	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)						
10	Date of death (Please submit death 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><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
11	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich <input type="checkbox"/> without record ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers divers	Geschlecht						
12	(Dual) citizenship at time of death (Please submit proof or have it confirmed in part N)	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)						
13	When did the deceased person leave Germany?	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wann hat der verstorbene Versicherte Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
14	Last residence in Germany (place, district, street)	<input type="text"/>	Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)						



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

(Please provide information on orphan(s) in part H)

For detailed information about the surviving partner from a registered same-sex civil union please see guide.

Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil H eintragen)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Name		Name						
2	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (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 proof 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	Address		Anschrift						
8	Telephone number		Telefonnummer						
9	Fax number		Telefaxnummer						
10	Did you live in Germany? If yes, 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? Falls ja, 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 Customer reference number of the survivor		Eigene Australische Kundennummer des Hinterbliebenen						
13	Date of marriage / registration of the same-sex civil union to the insured person (Please submit marriage / 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- / Lebenspartnerschafts-urkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
14	Did this marriage / civil union 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?						
15	Have you remarried / registered a civil union since the death of the insured person? If yes, 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? Falls ja, am
day Tag	month Monat	year Jahr							



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

G Personal data of the orphan(s)
(Please submit proof or have it confirmed in part N)
A separate form AUS / D 2 and proof of schooling, college attendance and training are required for each orphan who 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 AUS / D 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

1	Name of orphan Name der Waise	First name Vorname	Date of birth Geburtsdatum	Child's relationship to the late insured person Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten	For orphans over 18: type of education or apprenticeship or "handicapped" Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert"	Citizenship Staatsangehörigkeit
2	Address, if different from the address of widow / widower			Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers		

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

1	<p>Has any of the orphans applied for or received one of the following benefits?</p> <p>- orphan's benefits from the German pension insurance of another parent?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- orphan's first name</p> <p>- name of the deceased parent</p> <p>- insurance agency</p> <p>- insurance number or date of birth of the deceased parent</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <p>- Waisenrente aus der deutschen Rentenversicherung eines anderen Elternteils?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Name des verstorbenen Elternteils</p> <p>- Versicherungsträger</p> <p>- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils</p>
2	<p>- orphan's benefits from the German, the Australian or another foreign accident insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- orphan's first name</p> <p>- insurance agency / country</p> <p>- reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>- Waisenrente aus der deutschen, der australischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Aktenzeichen</p>
3	<p>- other orphan's pensions / benefits based on German law</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- orphan's first name</p> <p>- name of the deceased parent</p> <p>- agency</p> <p>- reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach deutschem Recht</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Name des verstorbenen Elternteils</p> <p>- Behörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>
4	German personal identification number for tax purposes		Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke



K Further information concerning the insurance record of the deceased person**(Please complete and enclose proof only if the late insured has not yet received a pension)****Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen****(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog)**

<p>1 Was the deceased 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 over the reconciliation of occupational disadvantages?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - restitution authority - reference number 		<p>War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen in der ehemaligen DDR?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
<p>2 Are you, the orphan or was the deceased person an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons?</p> <p>If yes, 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>Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>
<p>3 Did the deceased person ever receive a refund of contributions from the German Pension Insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance institution - insurance or reference number <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>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
<p>4 Did the deceased person make a vocational training in Germany (even without graduation)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof)</p> <p>If applicable, graduation on (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>day Tag month Monat year Jahr</p>		<p>Hat der Verstorbene in Deutschland Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<p>5 Was the deceased person unfit for work in Germany or did he / she receive benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>		<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitsunfähig oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<p>6 Was the deceased person registered as unemployed in Germany and is this period not contained in his / her insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>		<p>War der Verstorbene in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>
<p>7 Did the deceased person graduate in Germany or abroad from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in his / her insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>		<p>Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit nicht im Versicherungsverlauf enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>



M Declaration**Erklärung**

I assure that I have answered all 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 and the application and receipt of benefits and income listed under part F, H and I.
- any changes which affect the drawing of the survivor's / orphan's pension (e. g. interruption or termination of training)
- the death of the child etc.

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

I herewith authorize Services Australia - International Services to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, Australian Working life residence, the entitlement to pension benefits and child's benefit and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** Services Australia - International Services 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 application or which is required after a decision has been reached concerning this application, may be given by Services Australia - International Services to the competent German pension insurance agency, and by the competent German pension insurance agency to Services Australia - International Services, to enable a decision on the entitlement to benefits.

Only for applications for the major 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 application, **I consent** that all medical evaluations and reports I submit for the pension procedure or contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German pension insurance agency or Services Australia - International Services. I further consent that the treating physicians, psychologists and institutions give any necessary information concerning my health to these pension insurance agencies. This includes forwarding any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

I understand that I can withdraw my consents at any time with effect for the future.

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 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.

Ich ermächtige hiermit Services Australia - International Services, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, australische Wohnzeiten während des Arbeitslebens, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** Services Australia - International Services zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu 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 Services Australia - International Services dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger Services Australia - International Services zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

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 Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder Services Australia - International Services 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 Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

**Signature of the applicant /
Unterschrift des Antragstellers**

Date / Datum

Signature / Unterschrift

Please also complete and sign the **Declaration of Payment** at the end of the form (part O)!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** am Ende des Formblatts (Teil O) ausfüllen und unterschreiben!



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3

Payment to authorized representative

The pension arrears shall be paid to my authorized representative by direct deposit to the following account / trust account in the Federal Republic of Germany.

**Zahlung an den Bevollmächtigten**

Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

D E

Name of financial institution

Address of financial institution

Name des Geldinstituts

Anschrift des Geldinstituts

4

I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

I / We commit to inform the **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, GERMANY** immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension.

Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, DEUTSCHLAND** mitzuteilen.

Furthermore I / we commit to pay back overpaid amounts to the **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, GERMANY** as the pension paying office. For this purpose I / we have instructed the financial institution which maintains my / our account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln or respectively the **Deutsche Post AG** is herewith empowered to collect the overpaid amounts from my / our account at the respective financial institution. These instructions and authorization are also binding for my heirs. This may only be revoked by myself and not by my heirs.

Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zu viel gezahlte Beträge an die **Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND** als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe(n) ich / wir das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zu viel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen beziehungsweise die **Deutsche Post AG** ist hiermit ermächtigt, die zu viel gezahlten Beträge von meinem / unserem Konto bei dem jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Dieser Auftrag bzw. die Ermächtigung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Date / Datum

Signature of the applicant /
Unterschrift des AntragstellersSignature of the account co-owner or persons authorized to dispose of the account /
Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten

5

Confirmation from the financial institution / Bestätigung des Geldinstituts

We certify the representations under item 1.
Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.

Location, date / Ort, Datum

Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts

