

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

Application for Survivor's Pension
from the German Pension Insurance

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

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

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

Angaben zur verstorbenen Person

1	German Insurance Number		Deutsche Versicherungsnummer
2	Code (if known)		Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Canadian Social Insurance Number		Kanadische Sozialversicherungsnummer
4	Name		Name
5	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (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 proof)	Day Tag Month Monat Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
9	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Date of death (Please submit death certificate)	Day Tag Month Monat Year Jahr	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde beifügen)
11	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich <input type="checkbox"/> no entry ohne Eintrag <input type="checkbox"/> gender diverse divers	Geschlecht
12	(Dual) citizenship at time of death (Please submit proof)		Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis beifügen)
13	When did the deceased person leave Germany?	Day Tag Month Monat Year Jahr	Wann hat die verstorbene Person Deutschland verlassen?
14	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

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

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 G 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)	Day Tag Month Monat Year Jahr 	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
6	Present (dual) citizenship (Please submit proof)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen)
7	Address		Anschrift
8	Telephone number		Telefonnummer
9	Fax number		Telefaxnummer
10	Did you live in Germany?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie in Deutschland gelebt?
	If yes, when did you leave Germany?	Day Tag Month Monat Year Jahr 	Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?
11	Own German insurance number of the survivor		Eigene deutsche Versicherungsnummer der hinterbliebenen Person
12	Own Canadian Social Insurance Number of the survivor		Eigene kanadische Sozialversicherungsnummer der hinterbliebenen Person
13	Date of marriage / registration of the same-sex civil union to the insured person (Please submit marriage / registration certificate)	Day Tag Month Monat Year Jahr 	Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit der versicherten Person (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen)
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 der versicherten Person?
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 Day Tag Month Monat Year Jahr 	Haben Sie nach dem Tod der versicherten Person wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? Falls ja, am



C Application filed by another person
(Please enclose authority / proof)

Antragstellung durch andere Person
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

1	Name	Name
2	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
3	Address	Anschrift
4	Telephone number	Telefonnummer
5	Fax number	Telefaxnummer

D Type of benefit claimed

Beantragte Leistungsart

1	Widow's / Widower's benefit / Pension for survivors from a registered partnership	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Widow's / Widower's benefit from the previous spouse / civil union partner	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Widow's / Widower's benefit for spouses divorced before July 1, 1977 (Please submit divorce decree)	<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen)
4	Orphan's benefit (particulars of the orphans in part G)	<input type="checkbox"/>	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G)

Only to be filled in, if you have not yet reached the age for major widow's / widower's benefit

(see guide part D, items 5 and 6).

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

5	Are you raising 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 concerning the handicap) If yes , please indicate: - child's name - child's date of birth	<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) Falls ja , bitte angeben: - Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes
6	Do you consider yourself to be of reduced earning capacity? (Please submit medical findings and documentation)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie ärztliche Befunde und Unterlagen bei)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

E Further information concerning the pension application

Weitere Angaben zum Rentenantrag

<p>1 Was the death of the insured person caused by an industrial accident, occupational disease or similar?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>Day Month Year Tag Monat Jahr</p>	<p>Ist der Tod der versicherten Person durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. Ä. verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p>
<p>2 Was the death of the insured person caused by another person or was it caused by an accident?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p> <p>If the death was caused by another person, please indicate:</p> <p>Name and address of the responsible person</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>Day Month Year Tag Monat Jahr</p>	<p>Ist der Tod der versicherten Person durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:</p> <p>Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben</p>
<p>3 Has a claim for compensation of damages been filed?</p> <p>If yes, against whom?</p> <p>Please indicate name and address</p> <p>reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p>	<p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen?</p> <p>Bitte Name und Anschrift angeben</p> <p>Aktenzeichen</p>
<p>4 Did the deceased person apply for or receive a Canadian or other foreign pension?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- period benefits were received</p> <p>- type of benefit</p> <p>- insurance agency / country (name and address)</p> <p>- insurance or reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p> <p>from / vom to / bis</p>	<p>Hat die verstorbene Person bereits eine kanadische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Zeit des Bezuges</p> <p>- Art der Rente</p> <p>- Versicherungsträger / Staat (Name und Anschrift)</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>

F Additional information concerning the widow / widower / surviving civil union partner

Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

<p>1 Have you applied for further survivor's pensions abroad or from Germany or have you already received once?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- insurance agency / country</p> <p>- insurance or reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes nein ja</p>	<p>Haben Sie weitere Hinterbliebenenrenten aus dem Ausland oder aus Deutschland beantragt oder schon einmal bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>
---	---	---



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer
--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

2	Have you applied for or received a survivor's pension or lump-sum settlement from the German, the Canadian or another foreign accident insurance or has compensation been granted for this?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen, der kanadischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?
	If yes, please indicate: - insurance agency / country - insurance or reference number		Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
3	German personal identification number for tax purposes		Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke

Only to be filled in, if the marriage / registered partnership
 - was contracted after December 31, 2001
 or
 - before January 1, 2002 and both spouses / partners were born after January 1, 1962

Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft
 - nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde
 oder
 - vor dem 01.01.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Lebenspartner nach dem 01.01.1962 geboren sind

4	Did you personally raise a child before his / her 3rd year of life?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie selbst ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?
	If yes, - have German periods taken into account been already recognized for this child / applied for? - For which person?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Falls ja, - wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt? - Für welche Person?

G Personal data of the orphan(s)
 (Please submit proof)
 A separate form D/C 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)
 Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt D/C 2 und Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

H Additional information concerning the orphans

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

<p>1 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>																				
<p>2 - orphan's benefits from the German, the Canadian 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 kanadischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Aktenzeichen</p>																				
<p>3 - 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>																				
<p>4 German personal identification number for tax purposes</p>	<table border="1"> <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></tr> </table>																					<p>Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke</p>



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

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

I Information concerning the own current income of the survivor

Angaben zum eigenen laufenden Einkommen der hinterbliebenen Person

<p>1 Since the death of the insured, do you or have you received income resulting from employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer) self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</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>Seit dem Tod der versicherten Person beziehen oder bezogen Sie Einkommen aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p>
<p>2 short-term cash benefits in lieu of earned income such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerb ersatzeinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>
<p>3 long-term cash benefits in lieu of earned income such as own insurance benefits or pension from the German, Canadian or another statutory pension or accident insurance or superannuation scheme - insurance agency / country - insurance or reference number own benefits from the employer or a private life, accident or pension insurance</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>dauerhaftes Erwerb ersatzeinkommen wie eigene Rente aus der deutschen, kanadischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer / Aktenzeichen eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung</p>
<p>4 Have you claimed short-term or long-term cash benefits?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerb ersatzeinkommen beantragt?</p>
<p>5 Was a lump-sum settlement made in lieu of a recurrent 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>6 income from property from capital assets (interests, dividends, profits from shares or other participations) from insurances from letting / leasing from private sale transactions</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><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Vermögenseinkommen aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) aus Versicherungen aus Vermietung / Verpachtung aus privaten Veräußerungsgeschäften</p>
<p>7 Are you as claimant covered by health insurance? (Please submit proof)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen)</p>



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

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

Information concerning the own income of the survivor during the calendar year prior to the pension start

Angaben zum eigenen Einkommen der hinterbliebenen Person im Kalenderjahr vor Rentenbeginn

9	<p>During the calendar year prior to the death of the insured did you receive income resulting from employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer) self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods 	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>Im Kalenderjahr vor dem Tod der versicherten Person bezogen Sie Einkommen aus</p> <p>abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume 	
		<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>		from / vom
from / vom	to / bis			
10	<p>short-term cash benefits in lieu of earned income such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods of drawing 	<p><input type="checkbox"/> no / nein <input type="checkbox"/> yes / ja</p>	<p>kurzfristiges Erwerbseinkommen wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeiträume des Bezuges 	
		<table border="1"> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>		from / vom
from / vom	to / bis			



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

J Information concerning the German insurance record of the deceased person
(only to be completed if the deceased person has **not** yet received a 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 to the periods which are **not** contained in the insurance record. Please enclose appropriate proof. If required, you may request an insurance record from the German pension insurance institute.

J Angaben zum deutschen Versicherungsleben der verstorbenen Person
(nur auszufüllen, wenn die verstorbene Person 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 day - month - year Zeitraum vom - bis Tag - Monat - Jahr	Please describe the type of performed 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 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!



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

K Further information concerning the insurance record of the deceased person

(Please complete and enclose proof only if the deceased person has not yet received a pension)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben der verstorbenen Person

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn die verstorbene Person noch keine Rente bezog)

1	<p>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 die verstorbene Person Verfolgte(r) 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 						
2	<p>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><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please submit a document for expelled persons.</p>	<p>Sind Sie, die Waise oder war die verstorbene Person Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.</p>						
3	<p>Did the deceased person ever receive a refund of contributions from the German Pension Insurance?</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"> - insurance institution - insurance or reference number 	<p>Sind der verstorbenen Person jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen 						
4	<p>Did the deceased person make a vocational training in Germany (even without graduation)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom to / bis</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof)</p> <p>If applicable, graduation on (Please submit proof)</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Day Tag</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Month Monat</td> <td style="width: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				<p>Hat die verstorbene Person 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>
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
5	<p>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><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">from / vom</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">to / bis</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">from / vom</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">to / bis</td> </tr> </table>	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	<p>War die verstorbene Person in Deutschland arbeitsunfähig oder hat sie Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>		
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							
6	<p>Was the deceased person registered as unemployed in Germany and is this period not contained in his / her insurance record?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>Periods (Please submit proof)</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">from / vom</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">to / bis</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">from / vom</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">to / bis</td> </tr> </table>	from / vom	to / bis	from / vom	to / bis	<p>War die verstorbene Person in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)</p>		
from / vom	to / bis							
from / vom	to / bis							



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

11	Has the deceased person been a member of a special pension scheme of an international organisation while employed by that organisation (for example, OECD, UN, CERN, ECB, EPO or an institution of the European Union)?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja		Hat die verstorbene Person während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sonderversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?
	Period	from / vom	to / bis	place of employment / Beschäftigungsort
	name and headquarters of the international organisation Name und Hauptsitz der internationalen Organisation		insurance number / Versicherungsnummer	

L Deceased person's periods of child rearing
 (Please complete and enclose proof only if the deceased person has not yet received a pension.
 In case of child rearing in Germany further information is required.)

Zeiten der Kindererziehung der verstorbenen Person
 (Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn die verstorbene Person noch keine Rente bezog.
 Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig.)

The following children have been raised:		Folgende Kinder wurden erzogen:	
1	Name of the child	Name des Kindes	
	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag	Month Monat
	Place of birth (city, country, state)	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	
	Was the deceased person employed during her 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	
	The deceased person did predominantly raise the child from birth to the 10th birthday.	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom	to / bis
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	Day Tag
		Month Monat	Year Jahr
		Year Jahr	Day Tag
		Month Monat	Year Jahr
		Year Jahr	Day Tag
		Month Monat	Year Jahr



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

--	--	--	--	--

2	Name of the child		Name des Kindes				
	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)				
	Date of birth (Please submit birth certificate)		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)	
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)				
	Was the deceased person employed during her 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 Person während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?		
	The deceased person did predominantly raise the child from birth to the 10th birthday.		<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Die verstorbene Person hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.		
in the following country / im folgenden Staat		from / vom		to / bis			
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
3	Name of the child		Name des Kindes				
	First names (Please underline name normally used)		Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)				
	Date of birth (Please submit birth certificate)		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)	
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)				
	Was the deceased person employed during her 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 Person während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?		
	The deceased person did predominantly raise the child from birth to the 10th birthday.		<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Die verstorbene Person hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.		
in the following country / im folgenden Staat		from / vom		to / bis			
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

<p>4 Has another person already submitted an application for taking into account the periods of child rearing for these children?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - name, first name - German insurance number or date of birth 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Day Month Year Tag Monat Jahr</p> <table border="1"> <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></tr> </table>																					<p>Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
<p>5 Did you or the deceased person pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing period?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie oder die verstorbene Person unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?</p>																				
<p>6 Was the deceased person a member or civilian component of foreign military forces within the meaning of the NATO Status of Forces Agreement, a member of the allied authorities and forces in Germany, including Berlin (West), or a family member of those immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>War die verstorbene Person unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?</p>																				



M Declaration

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 Service Canada to 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 (Canadian insurance record), the entitlement to pension benefits and child's benefit and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** Service Canada 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 Service Canada to the competent German pension insurance agency, and by the competent German pension insurance agency to Service Canada, 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 Service Canada. 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.

Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich 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 Service Canada, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den kanadischen Versicherungsverlauf, 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** Service Canada 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 Service Canada dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger Service Canada 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 Rentenanspruchs 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 Service Canada 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 der antragstellenden Person**

Date / Datum

Signature / Unterschrift

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

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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

N Ermächtigung (USA / Kanada)

zur elektronischen Gutschrift von Rentenzahlungen aus der Bundesrepublik Deutschland

Authorization (USA / Canada)

for direct electronic deposit of pension payments from the Federal Republic of Germany

Autorisation (USA / Canada)

pour l'imputation informatique d'une pension en provenance de la République Fédérale d'Allemagne

Bitte vollständig ausgefüllt, auf der Rückseite unterschrieben und von der Bank bestätigt zurücksenden.

Please return fully completed and signed on the reverse side, and certified by the bank.

Veuillez retourner ce document dûment rempli et signé au verso et confirmé par la banque.

<p>1 Name, Vorname der rentenberechtigten Person (= Rentenberechtigter) Surname, first name of the beneficiary (= pension beneficiary) / Nom, prénom du titulaire de la pension (= ayant droit)</p>																																																													
<p>Hausadresse Street Address / Rue, numéro</p>																																																													
<p>Wohnort, Staat oder Provinz, Postleitzahl City, State or Province, and Zip Code or Postal Code / Domicile, province, code postal</p>																																																													
<p>2 Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das nachstehend genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag im Monat im Staat New York (für Zahlungen nach den USA) oder in der Provinz Ontario (für Zahlungen nach Kanada) zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen. I hereby authorize the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated below for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month in the State of New York (for payments to the USA) or in the province of Ontario, Canada (for payments to Canada). Je, soussigné(e), bénéficiaire d'une pension allemande, autorise, par la présente, la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), à déposer tous les paiements qui me sont dûs directement sur mon compte indiqué ci-dessous. Ces paiements sont à ordonner électroniquement, le dernier jour bancaire dans la province de l'Ontario, Canada, pour être crédités sur le compte indiqué.</p>																																																													
<p>3 Name und Adresse der Bank des Zahlungsempfängers Name and Address of Beneficiary's Bank / Nom et adresse de la banque du bénéficiaire</p>																																																													
<p>Ort, Staat oder Provinz, Postleitzahl City, State or Province, and Zip Code or Postal Code / Domicile, province, code postal</p>																																																													
<p>Bei Konto in den USA In case of an account in the USA</p> <p>Meine Konto-Nummer My Account No.</p>	<p>Bei Konto in Kanada In case of an account in Canada / En cas d'un compte au Canada</p> <p>Finanzinstituts-Nummer Financial Institution No / No. de l'institution financière</p> <p>0 </p>																																																												
<p>Routing Number</p> <table border="1"> <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> </tr> </table> <p>Check Digit</p> <table border="1"> <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> </tr> </table>																																									<p>Zweigstellen-Nummer Branch No. (transit) / No. de succursale</p> <table border="1"> <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> </tr> </table>																				
<p>Art des Kontos / Type of Account</p> <p><input type="checkbox"/> Scheck-Konto Checking Account (C) <input type="checkbox"/> Sparkonto Savings Account (S)</p>	<p>Meine Konto-Nummer My Account No. / No. du mon compte</p> <table border="1"> <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> </tr> </table>																																																												



- 4 Ich habe einen nicht unterschriebenen Blankoscheck von meinem Bankkonto mit der Aufschrift "Ungültig" versehen und beigefügt.
I have attached an unsigned blank cheque from my bank account with "VOID" written on it.
J'ai joint une vérification vierge non signée avec "VOID" écrit dessus.
- Meine Bank hat meine umseitigen Kontodaten bestätigt.
My bank has confirmed my overleaf banking information.
Mon banc a confirmé mes informations bancaires au verso.

5 **Bestätigung des Bankinstituts** / Confirmation from the financial institution / Confirmation de l'institution financière

Stempel des Bankinstituts

Stamp of the financial institution
Cachet de l'institution financière

Ort, Datum

Location, date
Lieu, date

Unterschrift

Signature
Signature

- 6 Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit, bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit hat, danach zu verfahren.
This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.
Cette autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) reçoive nouvel avis de ma part et ait la possibilité d'en tenir compte.

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

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

Je déclare que mon droit est satisfait dès que les prestations ont été versées selon le mode de paiement que j'ai désiré ci-dessus.

Bitte kreuzen Sie eines der beiden folgenden Kästchen an:

Please check one of the following boxes: / Cochez une des cases suivantes, s'il vous plait:

- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt.
I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal.
Je suis le seul titulaire dudit compte et la seule personne autorisée à en disposer.

- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein(e) Ehemann / Ehefrau sind.
The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse.
Ledit compte est un compte commun dont les titulaires sont moi-même et mon conjoint.

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 Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG in 13496 Berlin mitzuteilen. Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zu viel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln 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, Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen bzw. 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. diese Ermächtigung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.
I / We commit to inform the Deutsche Post AG, Renten Service, 13496 Berlin immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I / we commit to pay back overpaid amounts to the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln 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, 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. They may only be revoked by myself and not by my heirs.
Je m'engage à informer immédiatement, par écrit, la Deutsche Post AG, Renten Service, 13496 Berlin de toute modification ayant une influence sur le paiement, le montant de la pension ou le droit même à pension. Je m'engage en outre à rembourser à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln, le service chargé du versement des pensions, les montants trop perçus. A cet effet j'ai chargé l'institution financière tenant le compte de retourner à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln les montants payés en excès ou j'autorise, par la présente, la Deutsche Post AG de prélever les montants payés en excès, de mon compte dans l'institution financière concernée. Ces ordres et cette autorisation sont également obligatoires pour mes héritiers. Ils ne peuvent être révoqués que par moi-même - et non par mes héritiers.

Unterschrift der rentenberechtigten Person

Signature of the pension beneficiary
Signature du bénéficiaire de la pension

Unterschrift des Ehegatten bei Gemeinschaftskonto

Signature of spouse, if a joint account
Signature du conjoint en cas de compte commun

Datum / Date

Datum / Date

Hinweis zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten im Rentenzahlverfahren: Ihre Daten verarbeiten wir zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung entsprechend Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Detaillierte Informationen dazu wie Rechtsgrundlagen, Zweck der Verarbeitung, Speicherdauer, Kontaktdaten von Datenschutzbeauftragter und -aufsichtsbehörde sowie zu Ihren Rechten nach der DS-GVO erhalten Sie auf unserer Internetseite www.rentenservice.de oder auf schriftliche Anfrage bei Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin.

Note concerning the use of your personal data with regard to pension payments: we process your data to fulfil a legal obligation pursuant to Article 6, Paragraph 1, Letter c) of the European Union General Data Protection Regulation (EU GDPR). Detailed information regarding this, such as the legal basis, the processing purpose, the storage duration, the data protection officer's contact details, the supervisory authority and your rights under the EU GDPR, can be found on our website www.rentenservice.de or on written request to Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin, Germany.

Information sur l'utilisation de vos données personnelles dans la procédure de paiement des pensions de retraite : nous traitons vos données afin de respecter une obligation légale, conformément aux dispositions de l'article 6, paragraphe 1, point c) du règlement général sur la protection des données (RGPD). Des informations détaillées sur ce sujet, telles que le fondement juridique, la finalité, la durée de conservation des données, les coordonnées du délégué à la protection des données et de l'autorité de contrôle, ainsi que sur les droits dont vous bénéficiez en vertu du RGPD sont à votre disposition sur notre site Internet www.rentenservice.de ou sur demande écrite à adresser à Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin.

