

Deutsche Rentenversicherung  
Oldenburg-Bremen  
Postal address: Postbox 10 37 03  
28037 Bremen  
GERMANY  
Telephone: +49 421 3407 0  
Facsimile: +49 421 3407 257

Deutsche Rentenversicherung  
Bund  
Postal address: 10704 Berlin  
GERMANY  
Telephone: +49 30 865 0  
Facsimile: +49 30 865 27240

Deutsche Rentenversicherung  
Knappschaft-Bahn-See  
Postal address: 44781 Bochum  
GERMANY  
Telephone: +49 234 304 0  
Facsimile: +49 234 304 53050



**AUS / D 2**

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   |  | Deutsche Versicherungsnummer   |
| 2  | Code (if known)   |  | Kennzeichen (soweit bekannt)   |
| 3  | Customer reference number   |  | Australische Kundennummer  |
| 4  | Name  |  | Name   |
| 5  | First names<br>(Please underline name normally used)  |  | Vornamen<br>(Bitte Rufname unterstreichen)   |
| 6  | Name at birth<br>(if different)   |  | Geburtsname<br>(wenn abweichend)   |
| 7  | Other names used in the past  |  | Frühere Namen  |
| 8  | Date of birth<br>(Please submit proof or have it confirmed in part N)                       | day Tag month Monat year Jahr  | Geburtsdatum<br>(Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)                            |
| 9  | Place of birth<br>(city, country, state)  |  | Geburtsort<br>(Kreis, Land, Staat)   |
| 10 | Date of death<br>(Please submit death certificate or have it confirmed in part N)           | day Tag month Monat year Jahr  | Sterbedatum<br>(Bitte Sterbeurkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)                               |
| 11 | Sex   | <input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich<br><br><input type="checkbox"/> without record ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers divers | Geschlecht   |
| 12 | (Dual) citizenship at time of death<br>(Please submit proof or have it confirmed in part N) |  | Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes<br>(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<br>(place, district, street)                                      |  | Letzter Wohnsitz in Deutschland<br>(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<br>(Please underline name normally used)  |  | Vornamen<br>(Bitte Rufname unterstreichen)   |                |              |  |  |  |  |
| 3          | Name at birth<br>(if different)   |  | Geburtsname<br>(wenn abweichend)   |                |              |  |  |  |  |
| 4          | Other names used in the past  |  | Frühere Namen  |                |              |  |  |  |  |
| 5          | Date of birth<br>(Please submit proof or have it confirmed in part N)   | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>  | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | Geburtsdatum<br>(Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)  |
| day<br>Tag | month<br>Monat  | year<br>Jahr   |  |                |              |  |  |  |  |
|            |   |  |  |                |              |  |  |  |  |
| 6          | Present (dual) citizenship<br>(Please submit proof or have it confirmed in part N)  |  | Aktuelle Staatsangehörigkeit(en)<br>(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?<br><br><b>If yes, when did you leave Germany?</b>  | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table> | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | Haben Sie in Deutschland gelebt?<br><br><b>Falls ja, wann haben Sie Deutschland verlassen?</b>   |
| day<br>Tag | month<br>Monat  | year<br>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<br>(Please submit marriage / registration certificate or have it confirmed in part N) | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table>  | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten<br>(Bitte Heirats- / Lebenspartnerschafts-urkunde beifügen oder im Teil N bestätigen lassen) |
| day<br>Tag | month<br>Monat  | year<br>Jahr   |  |                |              |  |  |  |  |
|            |   |  |  |                |              |  |  |  |  |
| 14         | Did this marriage / civil union continue until the death of the insured person?   | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>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?<br><br><b>If yes, on the</b>   | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td>         </td> <td>         </td> <td>         </td> </tr> </table> | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?<br><br><b>Falls ja, am</b>  |
| day<br>Tag | month<br>Monat  | year<br>Jahr   |  |                |              |  |  |  |  |
|            |   |  |  |                |              |  |  |  |  |



Deutsche Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen (soweit bekannt)

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

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

**Antragstellung durch andere  
Person  
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1 | Name   |  | Name                                       |
| 2 | First names<br>(Please underline name normally used) |  | Vornamen<br>(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 / Lebenspartner                                    |
| 3 | Widow's / Widower's benefit for spouses divorced before July 1, 1977<br>(Please submit divorce decree) | <input type="checkbox"/> | Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten<br>(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?<br>(Please submit birth certificate or proof concerning the handicap)<br><br><b>If yes</b> , please indicate:<br>- child's name<br><br>- child's date of birth | <input type="checkbox"/> no<br>nein | <input type="checkbox"/> yes<br>ja | Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten?<br>(Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen)<br><br><b>Falls ja</b> , bitte angeben:<br>- Name des Kindes<br><br>- Geburtsdatum des Kindes |            |                |              |  |  |  |
|------------|---|-------------------------------------|------------------------------------|--|------------|----------------|--------------|--|--|--|
|            |   |                                     |                                    | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th>day<br/>Tag</th> <th>month<br/>Monat</th> <th>year<br/>Jahr</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>   | day<br>Tag | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  |
| day<br>Tag | month<br>Monat  | year<br>Jahr                        |                                    |  |            |                |              |  |  |  |
|            |   |                                     |                                    |  |            |                |              |  |  |  |
| 6          | Do you consider yourself to be of reduced earning capacity?<br>(Please submit <b>medical findings</b> and <b>documentation</b> )  | <input type="checkbox"/> no<br>nein | <input type="checkbox"/> yes<br>ja | Halten Sie sich für erwerbsgemindert?<br>(Bitte fügen Sie <b>ärztliche Befunde</b> und <b>Unterlagen</b> bei)  |            |                |              |  |  |  |



**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><input type="checkbox"/> no<br/>nein                      <input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p>   | <p>day month year<br/>Tag Monat Jahr</p>   | <p>Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder Ähnliches verursacht worden?</p> <p><b>Falls ja</b>, 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><input type="checkbox"/> no<br/>nein                      <input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p> <p><b>If the death was caused by another person, please indicate:</b><br/>Name and address of the responsible person</p> | <p>day month year<br/>Tag Monat Jahr</p>   | <p>Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p> <p><b>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:</b><br/>Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben</p>    |
| <p>3 Has a claim for compensation of damages been filed?</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein                      <input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><b>If yes</b>, against whom?<br/>Please indicate name and address</p> <p>reference number</p>   | <p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p><b>Falls ja</b>, gegen wen?<br/>Bitte Name und Anschrift angeben</p> <p>Aktenzeichen</p> |  |
| <p>4 Did the deceased person apply for or receive an Australian or other foreign pension?</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein                      <input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><b>If yes</b>, 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>from / vom                      to / bis</p>  | <p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine australische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p><b>Falls ja</b>, 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**

|   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | <p>Have you applied for further survivor's pensions abroad or from Germany or have you already received once?</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<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p>Haben Sie weitere Hinterbliebenenrenten aus dem Ausland oder aus Deutschland beantragt oder schon einmal 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>  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | <p>Have you applied for or received a <b>survivor's pension</b> or lump-sum settlement from the German, the Australian or another foreign accident insurance or has compensation been granted for this?</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<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p>Haben Sie eine <b>Hinterbliebenenrente</b> aus der deutschen, der australischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherungsträger / Staat</li> <li>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</li> </ul> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | <p>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><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <p>Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke</p> |
|   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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 | <p><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> | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> | <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> |
|   | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  |  |  |



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  | First name | Date of birth | Child's relationship to the late insured person                       | For orphans over 18: type of education or apprenticeship or "handicapped" | Citizenship         |
|---|---|------------|---------------|---|---|---------------------|
|   | Name der Waise  | Vorname    | Geburtsdatum  | Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten                   | 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 |   |                     |
|   |   |            |               |   |   |                     |
|   |   |            |               |   |   |                     |
|   |   |            |               |   |   |                     |

**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 <b>German pension insurance</b> of another parent?</p> <p><b>If yes</b>, 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<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> | <p>Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?</p> <p>- Waisenrente aus der <b>deutschen Rentenversicherung</b> eines anderen Elternteils?</p> <p><b>Falls ja</b>, 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 <b>accident insurance</b>?</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- orphan's first name</p> <p>- insurance agency / country</p> <p>- reference number</p>   | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> | <p>- Waisenrente aus der deutschen, der australischen oder einer anderen ausländischen <b>Unfallversicherung</b>?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Vorname der Waise</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Aktenzeichen</p>  |
| 3 | <p>- other orphan's pensions / benefits based on <b>German law</b></p> <p><b>If yes</b>, 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<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> | <p>- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach <b>deutschem</b> Recht</p> <p><b>Falls ja</b>, 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   |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### I Information concerning the own current income of the survivor

### Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen

|            |  |   |  |                |              |  |  |  |  |
|------------|--|---|--|----------------|--------------|--|--|--|--|
| 1          | <p>Since the death of the insured, do you or have you received</p> <p><b>income</b> resulting from employment<br/>(inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer)</p> <p>self-employment<br/>(business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</p>  | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>   | <p>Seit dem Tod des Versicherten beziehen oder bezogen Sie</p> <p><b>Einkommen</b> aus abhängiger Beschäftigung<br/>(einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit<br/>(Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft und so weiter)</p>  |                |              |  |  |  |  |
| 2          | <p><b>short-term cash benefits in lieu of earned income</b><br/>such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity</p>   | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p><b>kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen</b><br/>wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p>   |                |              |  |  |  |  |
| 3          | <p><b>long-term cash benefits in lieu of earned income</b><br/>such as own insurance benefits or pension from the German, Australien or another <b>statutory</b> pension or accident insurance or superannuation scheme</p> <p>- insurance agency / country</p> <p>- insurance or reference number</p> <p>own benefits from the employer or a <b>private</b> life, accident or pension insurance</p>       | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>   | <p><b>dauerhaftes Erwerbserstatzeinkommen</b><br/>wie eigene Rente aus der deutschen, australischen oder einer anderen <b>gesetzlichen</b> Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem</p> <p>- Versicherungsträger / Staat</p> <p>- Versicherungsnummer / Aktenzeichen</p> <p>eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer <b>privaten</b> Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung</p>                     |                |              |  |  |  |  |
| 4          | <p>Have you claimed short-term or long-term cash benefits?</p>   | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p>Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbserstatzeinkommen beantragt?</p>   |                |              |  |  |  |  |
| 5          | <p>Was a lump-sum settlement made in lieu of a recurrent benefit?</p>  | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p>Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?</p>   |                |              |  |  |  |  |
| 6          | <p><b>income from property</b></p> <p>from capital assets<br/>(interests, dividends, profits from shares or other participations)</p> <p>from insurances</p> <p>from letting / leasing</p> <p>from private sale transactions</p>   | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p> | <p><b>Vermögenseinkommen</b><br/>aus Kapitalvermögen<br/>(Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen)</p> <p>aus Versicherungen</p> <p>aus Vermietung / Verpachtung</p> <p>aus privaten Veräußerungsgeschäften</p>  |                |              |  |  |  |  |
| 7          | <p>Are you as claimant covered by health insurance?<br/>(Please submit proof)</p>  | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>ja</p>  | <p>Sind Sie als Antragsteller krankenversichert?<br/>(Bitte Nachweis beifügen)</p>   |                |              |  |  |  |  |
| 8          | <p>Are there any children under the age of 27 for whom <b>no</b> orphan's benefit is applied for because they are not children of the deceased?<br/><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- child's name and first name</p> <p>- child's date of birth</p> <p>For children who have reached the age of 18, please indicate:</p> <p>- type of education or</p> <p>- handicap<br/>(Please submit proof)</p> | <p><input type="checkbox"/> no<br/>nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes<br/>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?<br/><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Name und Vorname des Kindes</p> <p>- Geburtsdatum des Kindes</p> <p>Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben:</p> <p>- Art der Ausbildung oder</p> <p>- Behinderung<br/>(Bitte Nachweis beifügen)</p> |                |              |  |  |  |  |
|            |  | <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">day<br/>Tag</td> <td style="text-align: center;">month<br/>Monat</td> <td style="text-align: center;">year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>  | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  |  |
| day<br>Tag | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |
|            |  |   |  |                |              |  |  |  |  |



Deutsche Versicherungsnummer

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen (soweit bekannt)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

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

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

|   |   |                 |  |
|---|---|-----------------|--|
| <p>9</p> <p>During the calendar year prior to the death of the insured did you receive</p> <p><b>income</b> resulting from employment (inclusive of early retirement benefits, allowances and compensations from the employer)</p> <p>self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- 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>Im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten bezogen Sie</p> <p><b>Einkommen</b> aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)</p> <p>selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft und so weiter)</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Zeiträume</p> |
|   | <p>from / vom</p>   | <p>to / bis</p> |  |
| <p>10</p> <p><b>short-term cash benefits in lieu of earned income</b> such as statutory or private benefits due to sickness, accident, unemployment or maternity</p> <p><b>If yes</b>, please indicate:</p> <p>- periods of drawing</p>   | <p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p>  |                 | <p><b>kurzfristiges Erwerbseinkommen</b> wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Zeiträume des Bezuges</p>  |
|   | <p>from / vom</p>   | <p>to / bis</p> |  |





Deutsche Versicherungsnummer

Grid for German insurance number

Kennzeichen (soweit bekannt)

Grid for identification number

J Information concerning the German insurance record of the deceased person

- 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 agency.

J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten

- Bitte machen Sie hier Angaben über
- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (zum Beispiel 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.

Table with 4 columns: Period from - to, Please describe the type of performed employment or self-employment, Name and address of employer / enterprise, Name and address of the deceased's health insurance.

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





|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|        |   |  |  |   |          |  |          |
|--------|---|--|--|---|----------|--|----------|
| 8      | Was the deceased person between his / her 17th and 25th year of life in Germany, in Australia or in another country at least one calendar month unfit for work and is this period <b>not</b> contained in his / her insurance record?<br><br>Periods<br>(Please submit proof) | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> nein |  | <input type="checkbox"/> yes<br><input type="checkbox"/> ja |          | War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Australien oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit <b>nicht</b> im Versicherungsverlauf enthalten?<br><br>Zeiträume<br>(Bitte Nachweis beifügen) |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | from / vom  | to / bis |  |          |
| 9      | Did the deceased person reside in one of the following countries after turning 16:<br><br>Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada / Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in Denmark or in the Netherlands?                            | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> nein |  | <input type="checkbox"/> yes<br><input type="checkbox"/> ja |          | Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt:<br><br>Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark oder in den Niederlanden?      |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          |  |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  | Zeitraum |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          |  |          |
| 10     | Has the deceased person worked also <b>outside</b> Germany?<br><b>If yes</b> , please give further information. Indicate also periods in special systems (e. g. civil servant / equated persons, EU-staff, self-employed, farmers).   | <input type="checkbox"/> no<br><input type="checkbox"/> nein |  | <input type="checkbox"/> yes<br><input type="checkbox"/> ja |          | War der Verstorbene auch <b>außerhalb</b> Deutschlands erwerbstätig?<br><b>Wenn ja</b> , bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).                   |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          |  |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  | Zeitraum |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          |  |          |
| Period | Period  | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
| Period | Period  | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
| Period | Period  | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
| Period | Period  | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |
|        |   | from / vom   | to / bis                               | country / Staat   |          | Zeitraum   |          |
|        |   | insurance agency / Versicherungsträger                       | insurance number / Versicherungsnummer |   |          |  |          |



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

**L Deceased person's periods of child rearing**

(Please complete and enclose proof only if the late insured has not yet received a pension.

In case of child rearing in Germany further information is required.)

**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.)

| The following children have been raised: |  | Folgende Kinder wurden erzogen:  |   |
|--|--|--|---|
| 1  | Name of the child  | Name des Kindes  |   |
|  | First names<br>(Please underline name normally used)   | Vornamen<br>(Bitte Rufname unterstreichen)                             |   |
|  | Date of birth<br>(Please submit birth certificate or have it confirmed in part N)  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | Geburtsdatum<br>(Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)   |
|  | Place of birth<br>(city, country, state)   | Geburtsort<br>(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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja | War die Verstorbene 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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja | Der Verstorbene 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<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |
|  |  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |
|  |  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |
| 2  | Name of the child  | Name des Kindes  |   |
|  | First names<br>(Please underline name normally used)   | Vornamen<br>(Bitte Rufname unterstreichen)                             |   |
|  | Date of birth<br>(Please submit birth certificate or have it confirmed in part N)  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | Geburtsdatum<br>(Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)   |
|  | Place of birth<br>(city, country, state)   | Geburtsort<br>(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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja | War die Verstorbene 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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja | Der Verstorbene 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<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |
|  |  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |
|  |  | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr                                    | day Tag<br>month Monat<br>year Jahr   |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|--|--|---|--|----------------|--------------|--|--|--|--|------------|----------------|--------------|--|--|--|
| 3  | Name of the child  |   | Name des Kindes  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  | First names<br>(Please underline name normally used)   |   | Vornamen<br>(Bitte Rufname unterstreichen)   |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  | Date of birth<br>(Please submit birth certificate or have it confirmed in part N)  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>          | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | Geburtsdatum<br>(Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)  |            |                |              |  |  |  |
|  | day<br>Tag   | month<br>Monat  | year<br>Jahr   |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  | Place of birth<br>(city, country, state)   |   | Geburtsort<br>(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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja   | War die Verstorbene 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<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja   | Der Verstorbene 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   |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>          | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | day<br>Tag | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>          | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | day<br>Tag | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>          | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | day<br>Tag | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| 4  | Has another person already submitted an application for taking into account the periods of child rearing for these children?   | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja  | Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt?   |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  | If <b>yes</b> , please indicate:<br>- name, first name   |   | Falls <b>ja</b> , bitte angeben:<br>- Name, Vorname  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  | - German insurance number or date of birth   | <table border="1"> <tr> <td>day<br/>Tag</td> <td>month<br/>Monat</td> <td>year<br/>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>          | day<br>Tag   | month<br>Monat | year<br>Jahr |  |  |  | - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum   |            |                |              |  |  |  |
| day<br>Tag   | month<br>Monat   | year<br>Jahr  |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
|  |  |   |  |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| 5  | Did you or the deceased person pay compulsory contributions to the <b>German</b> statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing period?  | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja  | 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?   |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |
| 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? | <input type="checkbox"/> no<br>nein <input type="checkbox"/> yes<br>ja  | War der Verstorbene 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? |                |              |  |  |  |  |            |                |              |  |  |  |



**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!









**O Declaration of Payment****Zahlungserklärung**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>1 Account in Australia</b><br/>Benefits shall be paid by direct deposit to <b>my</b> account with a financial institution in Australia.</p> <p>Name of beneficiary's bank</p> <p>Address of beneficiary's bank</p> <p>City, province and postal code</p> <p>Bank State Branch - BSB number</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>Account No.</p> <p>- I am the <b>only</b> holder of the above mentioned account. I have <b>exclusive</b> right of disposal.</p> <p>- For the above mentioned account a written <b>account authorization</b> was granted for</p> <p>Name and address<br/>(Please let also the person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part N)</p> | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p><b>Konto in Australien</b><br/>Die Leistung soll durch Überweisung auf <b>mein</b> Konto bei einem Geldinstitut in Australien gezahlt werden.</p> <p>Name der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers</p> <p>Ort, Provinz, Postleitzahl</p> <p>Bankleitzahl - BSB Nummer</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code – BIC</p> <p>Konto-Nummer</p> <p>- Ich bin <b>alleiniger</b> Inhaber des oben genannten Kontos und <b>allein</b> darüber Verfügungsberechtigt.</p> <p>- Für das oben genannte Konto wurde eine <b>Kontovollmacht</b> erteilt für</p> <p>Name und Anschrift<br/>(Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils N unterschreiben lassen)</p> |
| <p><b>2 Account in Germany</b><br/>Benefits shall be paid by direct deposit to my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany.</p> <p>Name of financial institution</p> <p>Address of financial institution</p> <p>Name and address of the account holder, if different from recipient of benefit, or of the account co-owner or person authorized to dispose of the account<br/>(Please let also the co-holder of the account / person authorized to dispose of the account sign the form at the end of part N)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>   | <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>                                 | <p><b>Konto in Deutschland</b><br/>Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p> <p>Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, beziehungsweise des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten<br/>(Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils N unterschreiben lassen)</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>   |



Deutsche Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

|  |   |   |
|--|---|---|
| 3 <b>Payment to authorized representative</b>  | <input type="checkbox"/>  | <b>Zahlung an den Bevollmächtigten</b>  |
| 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.   |   | Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland  |
| SWIFT Bank Identifier Code - BIC   |   | SWIFT Bank Identifier Code - BIC  |
| International Bank Account Number - IBAN   |   | International Bank Account Number - IBAN  |
| D E  |   |   |
| Name of financial institution  |   | Name des Geldinstituts  |
| Address of financial institution   |   | Anschrift des Geldinstituts   |
| 4 <b>I declare</b> that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.   |   | <b>Ich erkläre</b> , dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.   |
| <b>I / We commit</b> to inform the <b>Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, GERMANY</b> immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension.  |   | <b>Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns</b> , jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der <b>Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, DEUTSCHLAND</b> mitzuteilen.  |
| <b>Furthermore I / we commit</b> to pay back overpaid amounts to the <b>Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, GERMANY</b> 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 <b>Deutsche Post AG</b> 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. |   | <b>Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns</b> , zu viel gezahlte Beträge an die <b>Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND</b> 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 zurückzuführen beziehungsweise die <b>Deutsche Post AG</b> 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 /<br>Unterschrift des Antragstellers                     | Signature of the account co-owner or persons authorized to dispose of the account /<br>Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten   |
| 5 <b>Confirmation from the financial institution / Bestätigung des Geldinstituts</b>   |   |   |
| We certify the representations under item 1.<br>Wir bestätigen die Angaben unter Punkt 1.  |   |   |
| Location, date / Ort, Datum  | Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts |   |

