

Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

# R0500

## Antrag auf Hinterbliebenenrente

**Bei Antrag auf große Witwenrente / Witwerrente im Anschluss an kleine Witwenrente / Witwerrente bitte Vordruck R0505 verwenden.**

**Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente nach Wegfall einer Witwenrente / Witwerrente bitte Vordruck R0506 verwenden.**

**Bei Antrag auf Waisenrente, wenn Sie bereits eine Waisenrente erhalten haben, bitte Vordruck R0615 verwenden.**

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	<b>Kleine</b> Witwenrente / Witwerrente		<b>20</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		<b>21</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente <b>vor Vollendung</b> des maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines <b>minderjährigen Kindes</b> oder Sorge für ein <b>behindertes Kind</b> (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung)	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>21</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente <b>vor Vollendung</b> des maßgebenden Lebensalters wegen <b>Erwerbsminderung</b>		<b>21</b>
	Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	
<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an den <b>geschiedenen</b> Ehegatten	<b>Vordruck R0630 bitte beifügen</b>	<b>21</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Halbwaisenrente</b>	<b>Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen</b>	<b>25</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Vollwaisenrente</b>	<b>Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen</b>	<b>26</b>



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

## 2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

**Sterbeurkunde bitte beifügen** (nur erforderlich, wenn das Sterbedatum nicht unter Ziffer 18 bestätigt wurde)

Name		Vorname		
Namenzusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		
Geburtsname		frühere Namen		
Namenzusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen		
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		
Geburtsort	Geburtsland	Sterbedatum		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)				
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.5.1990: letzter Wohnsitz				
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag	Monat	Jahr
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)				
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)				

## 3 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise - bei Waisenrente nur, wenn keine Witwenrente / Witwerrente beantragt wird

Name		Vorname	
Namenzusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		frühere Namen	
Namenzusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort	Geburtsland		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

noch Ziffer 3

Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Land	
Telefon	Telefax
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	Tag      Monat      Jahr
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)	
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)	
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person	
<b>3.1</b> Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?	
Versicherungsträger	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>3.1.1</b> Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?	
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente</b>	
<b>3.2</b> In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?	
<input type="checkbox"/> Ehe <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft	
<b>3.2.1</b> Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen versicherten Person (Bei Umwandlung einer Lebenspartnerschaft in eine Ehe bitte den Tag der Begründung der Lebenspartnerschaft angeben.)	
Tag      Monat      Jahr	<b>bitte Kopie der Heirats- oder Eheurkunde, Lebenspartnerschaftserklärung oder -urkunde beifügen</b> (nur erforderlich, wenn der Tag unter Ziffer 18 nicht bestätigt wurde)
<b>3.2.2</b> Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**3.2.3 Haben Sie nach dem Tod der versicherten Person wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?**

nein, bitte weiter bei Ziffer 4

ja, am


**3.2.4 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?**

nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners


**bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen**

ja, bitte weiter bei Ziffer 15

**4 Antragstellung durch andere Personen**

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenzusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon	Telefax	



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 5 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort

- Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **A1309, A1310, A1311 oder A1312** bitte ausfüllen und beifügen.

## 6 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 6.2)

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.1** Hat der Versicherte **Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.2

ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

**Beitragszeiten** vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

noch Ziffer 6.1

**Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	<b>Beitragszeiten</b>	vom	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																							
genaue Bezeichnung der Tätigkeit																									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn																									
Anschrift																									
zuständige Krankenkasse																									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																							
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)					Geburtsdatum																				
<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>																									
zuständige Pflegekasse																									
<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																							
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)					Geburtsdatum																				
<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>																									
zuständige Pflegekasse																									
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																							
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				bis	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr																							
Tag	Monat	Jahr																							
<b>6.2</b> Hat der Versicherte Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?																									
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja,	<b>bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen</b>																					



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.3** Hat der Versicherte Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

nein

ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als "**berufliche Ausbildung**" gekennzeichnet sind

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

**Nachweise** (zum Beispiel Lehrvertrag, Prüfungszeugnis, Gesellenbrief, Verdienstbescheinigung)

sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**6.4** Hat der Versicherte für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

**Nachweise**  sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**7** **Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen**

**Beweismittel bitte beifügen**

**7.1** Hat der Versicherte Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.5

ja



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**7.2** Hat der Versicherte Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil im Ausland gearbeitet wurde)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

**7.3** Hat sich der Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Staat

**7.4** War der Versicherte Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, **bitte Vordruck V0710** für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien (beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),  
**Vordruck V0711** für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan),  
**Vordruck V0712** für Zeiten in Rumänien,  
**Vordruck V0720** für Zeiten in Polen  
**ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 7.6

**7.5** Hat der Versicherte Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6  
 ja

**7.5.1** Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

nein, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 7.6  
 ja

**7.5.2** Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein  ja





Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**7.6** Hat der Versicherte 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)?

nein    ja, vom
 

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 bis
 

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

  
Beschäftigungsort

\_\_\_\_\_  
Name und Hauptsitz der internationalen Organisation

**8 Anrechnungszeiten**

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

**8.1** Hat der Versicherte **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein    ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

**9 Angaben zu Kindern**

**9.1** Machen Sie **für den Versicherten** Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend?

nein    ja, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

Kein Antrag, weil sowohl Kindererziehungszeiten als auch Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung bereits beim Versicherten oder bei einem anderen Berechtigten **anerkannt** worden sind.

**9.2** Machen Sie **für den Versicherten** Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres geltend (frühestens ab dem 1.1.1992), die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein    ja, vom
 

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 bis
 

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kindschaftsverhältnis    leibliches Kind / Adoptivkind    Pflegekind

zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen    ist beigelegt    liegt nicht vor    wird nachgereicht

**Bitte nur** ausfüllen bei **Witwenrente / Witwerrente**, wenn die **Ehe / Lebenspartnerschaft**

- nach dem **31.12.2001 geschlossen** wurde oder

- vor dem **1.1.2002 geschlossen** wurde und beide Ehegatten / Lebenspartner nach dem **1.1.1962 geboren** sind

**9.3** Haben **Sie selbst** Kinder vor deren vollendetem 3. Lebensjahr erzogen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10

ja, ich habe \_\_\_\_ Kind / Kinder erzogen

**9.3.1** Wurden für jedes Kind bereits Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?

nein, **bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen**

ja    bei mir selbst    beim Versicherten    bei einem anderen Berechtigten



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

### 10 Sonstige Angaben

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherte bis zum Tod eine Rente bezogen hat

10.1 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") beantragt?

nein  ja, am 

			Tag				Monat				Jahr									

10.2 Haben Sie einen Anspruch auf **Hinterbliebenenversorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein  ja, 

			Tag				Monat				Jahr									

Versorgungsdienststelle \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**Festsetzungsblatt** über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

10.3 Ist der Tod des Versicherten durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

ja, Unfalltag 

			Tag				Monat				Jahr									

Unfallursache / Todesursache \_\_\_\_\_

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_

**bitte Fragebogen** wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (**Vordruck F0870**) ausfüllen und beifügen

10.3.1 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein  ja, am 

			Tag				Monat				Jahr									

bei welcher Stelle \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

**10.4** Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärähnlichen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, Internierung, Vertreibung oder Flucht verursacht worden?

nein  ja

Ursache \_\_\_\_\_

anerkannt von \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**10.5** Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdrengengesetz** zurückgelegt, weil er beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurde?

nein  ja, **bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen**, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,  
**Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen**, wenn der Versicherte in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet hat.

**Bitte ausfüllen, wenn die große Witwenrente / Witwerrente wegen Erwerbsminderung beantragt wird**

**10.6** Ist Ihre Erwerbsminderung ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.7

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

Unfallursache / Todesursache \_\_\_\_\_

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift) \_\_\_\_\_

**bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) ausfüllen und beifügen**

**10.6.1** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein  ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle \_\_\_\_\_

Aktenzeichen \_\_\_\_\_





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 12 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

### 12.1 Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

 Jahr der Abfindung 

--	--	--

  
zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren angeben)

### 12.2 Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

### 12.3 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

#### 12.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

#### 12.5 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

#### 12.6 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 12.7 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen

### 12.8 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz)

nein

ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

## 13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

### 13.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

#### Die Meldung zur KVdR (Vordruck R0810)

ist beigelegt  wurde weitergeleitet  wird nachgereicht



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**13.2** Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja

**13.2.1** Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

nein  ja

**13.2.2** Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen **gesetzlichen** Krankenversicherung?

nein

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

**13.2.3** Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft?

nein, bitte weiter bei Ziffer 13.2.4

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

**Vordruck R0821**  ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet

bitte weiter bei Ziffer 13.2.5

**13.2.4** Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

**Vordruck R0822**  ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**13.2.5** Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, die Beitragsaufwendungen sind vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ebenfalls im **Vordruck R0821 / R0822** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

**13.2.6** Ist der Familienangehörige Rentner?

nein

ja, seit 

Tag																	
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Monat																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jahr																	
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Versicherungsnummer 

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

Rentenversicherungsträger

## 14 Pflegeversicherung

**Bitte ausfüllen, wenn Sie nach 1939 geboren sind:**

**14.1** Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

nein

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

**Nachweise** zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 18 bestätigt** werden.



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 15 Dokumentenzugang

### 15.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.  
Meine De-Mail-Adresse lautet:

---

### 15.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf wurden keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

**Ich verpflichte mich**, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Erhalt des Rentenbescheides

- eine Leistung nach Ziffer 12 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Wenn ein Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung gestellt wird, **verpflichte ich mich** darüber hinaus, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Bürgergeld),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens) und
- g) den Verzug in einen anderen Staat.

**Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten beziehungsweise werde ich in der Online-Version auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung - [www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815) - lesen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers \_\_\_\_\_

### 17 Anlagen

Vordruck \_\_\_\_\_

Vollmacht / Beschluss des Gerichts \_\_\_\_\_

### 18 Bestätigungsvermerk

Die <b>Angaben zur Person</b> (siehe Ziffer 3) werden bestätigt durch:							
<input type="checkbox"/> gültigen Personalausweis	<input type="checkbox"/> gültigen Reisepass <input type="checkbox"/>						
Die Angaben zum							
<input type="checkbox"/>	Geburtsdatum des verstorbenen Versicherten werden bestätigt.						
<input type="checkbox"/>	Sterbedatum werden bestätigt.						
<input type="checkbox"/>	Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt.						
Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die hinterbliebene Person mit dem / der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war beziehungsweise in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.							
<input type="checkbox"/>	ja						
<input type="checkbox"/>	nein, die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den die Rente beantragenden Ehegatten / Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde <b>nach dem Tod</b> ausgestellt sein						
Heiratsurkunde / Eheurkunde / Erklärung oder Urkunde zur Lebenspartnerschaft ausgestellt am	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20px;">Tag</td> <td style="text-align: center; width: 20px;">Monat</td> <td style="text-align: center; width: 20px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_ _
Tag	Monat	Jahr					
_	_	_ _					
Das <b>Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung</b> (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:							
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes						
<input type="checkbox"/>	Familienbuch / Familienstammbuch						
Es ist beigelegt:							
Dienststempel _____	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden _____						

