

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten
--

Kennzeichen (soweit bekannt)



Eingangsstempel

**Antrag auf große Witwenrente / Witwerrente im Anschluss an
kleine Witwenrente / Witwerrente**

R0505

Bitte nur verwenden, wenn bereits eine kleine Witwenrente / Witwerrente gezahlt wird

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

1 Beantragte Rente

Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters **21**

Große Witwenrente / Witwerrente **vor Vollendung** des maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines **minderjährigen Kindes** oder Sorge für ein **behindertes Kind** (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung) **Beweismittel bitte beifügen** **21**

Große Witwenrente / Witwerrente **vor Vollendung** des maßgebenden Lebensalters wegen **Erwerbsminderung** Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist: **Vordruck R0210 / R0215 bitte beifügen** **21**

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsdatum	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners

Name		Vorname (Rufname)							
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)						
Geburtsdatum									
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)							
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)							
Postleitzahl	Wohnort								
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person									
3.1 Haben Sie nach dem Tod der / des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?									
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4									
<input type="checkbox"/> ja, am <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							
3.2 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?									
Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners									
<input type="checkbox"/> nein, _____									
bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen									
<input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 10									

4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter			
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Fragen wegen Rechtsänderungen

5.1 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 - bis Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

vom - bis

Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

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

sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

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

vom - bis

nein ja

Staat

5.3 Wann hat Ihre kleine Witwenrente / Witwerrente begonnen?

vor dem 1.1.1992 beziehungsweise nicht bekannt, **bitte Vordruck V0300 ausfüllen und beifügen**; bitte weiter bei Ziffer 6 (Die Fragen im Vordruck V0300 beziehen sich auf die verstorbene Versicherte / den verstorbenen Versicherten.)

in der Zeit vom 1.1.1992 bis 31.12.1996; bitte weiter bei Ziffer 5.4

in der Zeit vom 1.1.1997 bis 31.12.2001; bitte weiter bei Ziffer 5.5

in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 5.7

nach dem 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 6

5.4 Hat der Versicherte Zeiten der **Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung** nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt, die **nicht abgeschlossen** wurden?

vom - bis

nein ja

Ausbildungsart

bitte Nachweis beifügen (zum Beispiel Schulbescheinigung)

5.5 War der Versicherte **zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?**

vom - bis

nein ja

bitte Nachweis beifügen (zum Beispiel Bescheinigung des behandelnden Arztes, des Krankenhauses oder der Krankenkasse)



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

5.6 Hat der Versicherte bis zum 31.12.1991 im Beitrittsgebiet Zeiten einer **Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit während des Bezugs einer Rente oder Versorgung vor Erreichen der für eine Altersrente maßgeblichen Altersgrenze** zurückgelegt?

nein ja, **bitte Sozialversicherungsausweis beifügen**

5.7 War der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als **ausbildungsuchend** gemeldet?

vom - bis

nein ja

Agentur für Arbeit

bitte Nachweise beifügen

5.8 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 **anerkant** worden sind.

5.9 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?

vom - bis

nein ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen

6 Angaben zu Kindern

Bitte ausfüllen, 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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7

ja, ich habe ____ Kind / Kinder erzogen

6.1.1 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)

7 Angaben bei Erwerbsminderung

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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 8
Unfalltag

ja _____
Unfallursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

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

am

nein ja _____
bei welcher Stelle

Aktenzeichen

8 Andere Leistungen

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

8.1 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

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

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja _____
zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

8.2 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

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

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

8.3 Sonstige Leistungen (zum Beispiel **Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse, **Leistungen** von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, **Unterhaltshilfe** nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Kriegsofopferfürsorge, **Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle)

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

nein ja

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

9.1 Besteht eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen?

seit

nein ja

_____ Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung

_____ Anschrift

10 Dokumentenzugang

10.1 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:



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.2 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)

11 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.

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

- eine Leistung nach Ziffer 8 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

Vordruck _____

Vollmacht / Beschluss des Gerichts _____

13 Bestätigungsvermerk

Die **Angaben zur Person** (siehe Ziffer 3) werden bestätigt durch:

- Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

