

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel



Deutsche
Rentenversicherung

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.

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

1 Beantragte Rente

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

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)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)						
Geburtsdatum									
Straße, Hausnummer									
Adresszusatz									
Postleitzahl		Wohnort							
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Telefax (Angabe freiwillig)							
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?									
<input type="checkbox"/> nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners <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							
bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen									
<input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 10									

4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
Namenszusatz (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			



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4

Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
Land	
telefonisch tagsüber zu erreichen Angabe freiwillig	Telefax (Angabe freiwillig)

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

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 beigelegt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

5.2 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 beigelegt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

--	--	--	--	--

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

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat _____

5.4 Hat der Versicherte während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Beschäftigungsort _____
Name und Hauptsitz der internationalen Organisation _____

5.5 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 5.6
- in der Zeit vom 1.1.1997 bis 31.12.2001; bitte weiter bei Ziffer 5.7
- in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 5.9
- nach dem 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 6

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

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Ausbildungsart _____

bitte Nachweis beifügen (zum Beispiel Schulbescheinigung)

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

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

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

5.8 Hat der Versicherte bis zum 31.12.1991 im Beitragsgebiet 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**



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

ja, Unfalltag

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

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

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

nein

ja, am

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

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

8 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt 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 **unterhaltsberechtigten Angehörigen** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom

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

 bis

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

beantragt am

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

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.

nein

ja, vom

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

 bis

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

beantragt am

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

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, **Kriegsopferfürsorge**, **Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, **Landschaftsverband** oder einer entsprechenden ausländischen Stelle)

nein

ja, vom

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

 bis

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

beantragt am

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

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

9.1 Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9.2

ja, pflichtversichert familienversichert freiwillig versichert
(wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen)

Name der Krankenkasse

bei

bitte weiter bei Ziffer 10



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

9.2 Sind Sie in der privaten Krankenversicherung versichert?

nein, bitte geben Sie an, wie Sie krankenversichert sind

bitte weiter bei Ziffer 10

Name des Krankenversicherungsunternehmens

ja, bei _____

bitte weiter bei Ziffer 9.3

9.3 Beziehen Sie bereits einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung?

nein, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen

ja, bitte **Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen ausfüllen lassen

Vordruck R0821 ist beigefügt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

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:

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)



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

