Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel

Deutsche Rentenversicherung

Antrag auf Witwenrente / Witwerrente nach Wegfall einer Witwenrente / Witwerrente

R0506

Bitte nur verwenden, wenn bereits eine Witwenrente / Witwerrente weggefallen ist

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.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

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**

☐ Witwenrente / Witwerrente nach dem **vorletzten** Ehegatten / Lebenspartner **Vordruck R0620 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		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**?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4

☐ ja, am Tag Monat Jahr

3.2 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?

☐ nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners Tag Monat Jahr

bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen

☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 14

3.3 In welcher Zeit haben Sie **Hinterbliebenenrente** bezogen?

vom - bis

Versicherungsträger

Nachweise (zum Beispiel Rentenbescheid)

☐ sind beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl / Wohnort	

5 Zahlungsweg

☐ Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

IBAN (International Bank Account Number) **D E**
Geldinstitut (Name)
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)

☐ 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.**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Fragen wegen Rechtsänderungen

6.1 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 beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

6.2 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 beigefügt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

6.3 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

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

6.4 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 bis Tag Monat Jahr

Beschäftigungsort

Name und Hauptsitz der internationalen Organisation

6.5 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 6.6

☐ in der Zeit vom 1.1.1997 bis 31.12.2001; bitte weiter bei Ziffer 6.7

☐ in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 6.9

☐ nach dem 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 7

6.6 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)

6.7 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)

6.8 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**

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Agentur für Arbeit

bitte Nachweise beifügen

6.10 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.

6.11 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 bis Tag Monat Jahr

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Pflegekind

☐ zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen ☐ ist beigefügt ☐ liegt nicht vor ☐ wird nachgereicht

7 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

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 8

☐ ja, ich habe ____ Kind / Kinder erzogen

7.1.1 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)

8 Angaben bei Erwerbsminderung

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

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 9

☐ ja, Unfalltag Tag Monat Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

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

☐ nein

☐ ja, am Tag Monat Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

9 Sonstige Angaben

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

☐ nein

☐ ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

☐ ist beigefügt ☐ liegt nicht vor ☐ wird nachgereicht

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

10 Angaben zum Einkommen bei Witwenrente / Witwerrente

Zur Prüfung Ihres Einkommens **bitte Vordruck R0660 ausfüllen und beifügen**.
Nicht erforderlich, wenn der Versicherte **vor dem 1.1.1986 gestorben** ist oder eine **wirksame Erklärung** über die weitere Anwendung des bis zum 31.12.1985 geltenden Hinterbliebenenrentenrechts abgegeben wurde.

10.1 Haben Sie Kinder im waisenrentenberechtigten Alter, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des verstorbenen Versicherten sind?

☐ nein ☐ ja, **bitte Vordruck R0650 ausfüllen und beifügen**

11 Andere Leistungen

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

11.1 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)

11.2 Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte 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

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigte 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

11.4 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 Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

beantragt am Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

12 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

12.1 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 beigefügt ☐ wurde weitergeleitet ☐ wird nachgereicht

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen (soweit bekannt)

12.2 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 13

☐ ja

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

☐ nein ☐ ja

12.2.2 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)

12.2.3 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 12.2.4

☐ 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 12.2.5

12.2.4 Sind Sie bei einem ausländischen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU, Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 13

☐ 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)

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 13

☐ 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

12.2.6 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein

☐ ja, seit Tag Monat Jahr Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

13 Pflegeversicherung

Bitte ausfüllen, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

13.1 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

☐ ja

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn** die **Angaben** unter Ziffer 17 **bestätigt** werden.

14 Dokumentenzugang

14.1 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)

14.2 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)

15 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörenden 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 Rentenantrags bis zum Erhalt des Rentenbescheides
- eine Leistung nach Ziffer 11 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),
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 - lesen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

16 Anlagen

Vordruck _____

Vollmacht / Beschluss des Gerichts _____

17 Bestätigungsvermerk

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

☐ gültigen Personalausweis ☐ gültigen Reisepass ☐

Die Angaben zur / zum

☐ Aufhebung der letzten Ehe / Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt.

☐ Sterbedatum des letzten Ehegatten / Lebenspartners werden bestätigt.

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 13) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

☐ Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes ☐ Familienbuch / Familienstammbuch

☐

Es ist beigefügt:

☐

Dienststempel	Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden