

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

ZRBG 500

**Antrag auf Witwenrente / Witwerrente für Hinterbliebene von
ehemaligen Ghettobeschäftigten mit Wohnsitz im Ausland**

**Demande de pension de réversion pour époux survivants d'anciens
travailleurs de ghetto résidant à l'étranger**

| 1 | Angaben zur Person der / des Versicherten | | Identité de l'assurée / de l'assuré | |
|---|---|---|-------------------------------------|---|
| | Bitte Sterbeurkunde beifügen! | | Veuillez joindre l'acte de décès ! | |
| | Name | | | Nom |
| | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) | | | Prénoms (veuillez souligner le prénom usuel) |
| | Geburtsname | | | Nom de naissance |
| | frühere Namen | | | Anciens noms |
| | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | | | Date de naissance (jour / mois / année) |
| | Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/> masculin weiblich <input type="checkbox"/> féminin | | Sexe |
| | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) | | | Nationalité (le cas échéant ancienne nationalité jusqu'au) |
| | Geburtsort (Kreis, Land) | | | Lieu de naissance (circonscription, pays) |
| | Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr) | | | Date de décès (jour / mois / année) |

| 2 | Angaben zur Person der Witwe / des Witwers | | Identité de la veuve / du veuf | |
|---|---|---|--------------------------------|---|
| | 2.1 | Name | | |
| | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) | | | Prénoms (veuillez souligner le prénom usuel) |
| | Geburtsname | | | Nom de naissance |
| | frühere Namen | | | Anciens noms |
| | Geburtsdatum (Tag / Monat / Jahr) | | | Date de naissance (jour / mois / année) |
| | Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/> masculin weiblich <input type="checkbox"/> féminin | | Sexe |
| | Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis) | | | Nationalité (le cas échéant ancienne nationalité jusqu'au) |
| | Geburtsort (Kreis, Land) | | | Lieu de naissance (circonscription, pays) |
| | Straße, Hausnummer | | | Voie, n° de la voie |
| | Postleitzahl, Wohnort, Staat | | | Code postal, Lieu de résidence / Etat |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | | Téléphone dans la journée (indication facultative) |
| | Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | | Téléfax, courriel (indication facultative) |
| 2.2 | Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert? | nein <input type="checkbox"/> non ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | Étiez-vous affilié(e) à l'assurance pension légale allemande ? |
| | Versicherungsträger | | Organisme d'assurance |
| | Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? | nein <input type="checkbox"/> non ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | Étiez-vous affilié(e) à l'assurance pension légale allemande ? |
| | Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen | | Numéro d'assurance de la survivante / du survivant |
| 2.3 | Tag der Eheschließung mit der / dem Versicherten (Tag / Monat / Jahr) | | Date de mariage avec l'assuré(e) (jour / mois / année) |
| | Bestand diese Ehe bis zum Tod der / des Versicherten? | ja <input type="checkbox"/> oui nein <input type="checkbox"/> non | Ce mariage existait-il jusqu'au décès de l'assuré(e) ? |
| 2.4 | Hat die Witwe / der Witwer nach dem Tod des / der Versicherten wieder geheiratet ? | nein <input type="checkbox"/> non ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | La veuve / le veuf s'est-elle / s'est-il remarié(e) après le décès de l'assuré(e) ? |
| | Wiederheirat am (Tag / Monat / Jahr) | | Date du remariage (jour / mois / année) |

| | | |
|----------|---|---|
| 3 | Antragstellung durch andere Personen | Dépôt de la demande par d'autres personnes |
| | Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen. | Joindre la procuration ou le jugement du tribunal. |
| | Der Antrag wird in Vertretung gestellt von | La demande est déposée en représentation par |
| | Name | Nom |
| | Vorname | Prénom |
| | Dienststelle (ggf. Aktenzeichen) | Service (le cas échéant référence) |
| | in der Eigenschaft als | en sa qualité de |
| | gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> repräsentant(e) légal(e) Vormund <input type="checkbox"/> tuteur / tutrice Betreuer <input type="checkbox"/> curateur / curatrice Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> mandataire | |
| | Straße, Hausnummer | Voie, n° de la voie |
| | Postleitzahl, Wohnort, Staat | Code postal, Lieu de résidence / Etat |
| | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | Téléphone dans la journée (indication facultative) |
| | Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | Téléfax, courriel (indication facultative) |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

| 4 | | Verfolgteneigenschaft der / des Versicherten | Qualité de l'assuré(e) de victime de persécutions |
|-----|---|--|--|
| | | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | Merci de joindre tous les documents existants ! |
| 4.1 | War die / der Versicherte Angehörige / Angehöriger des Judentums oder gehörte die / der Versicherte zur Volksgruppe der Sinti und Roma? | nein <input type="checkbox"/> non | L'assuré(e) était-elle / était-il membre du judaïsme ou appartenait-elle / appartenait-il au groupe ethnique des Sinté et Roms ? |
| | | ja, die / der Versicherte gehörte zum Judentum <input type="checkbox"/> oui, l'assuré(e) était membre du judaïsme | |
| | | ja, die / der Versicherte gehörte zur Volksgruppe der Sinti und Roma <input type="checkbox"/> oui, l'assuré(e) appartenait au groupe ethnique des Sinté et Roms | |
| 4.2 | War die / der Versicherte als Verfolgte / Verfolgter im Sinne des § 1 Bundesentschädigungsgesetzes (BEG) anerkannt (durch z. B. Entschädigungsbehörde, Jewish Claims Conference, Bundesministerium für Finanzen)? | nein <input type="checkbox"/> non | L'assuré(e) était-elle / était-il reconnu(e) comme persécuté(e) au sens de l'art. 1 du Bundesentschädigungsgesetz (loi fédérale relative à l'indemnisation des victimes des persécutions nazies) (BEG) ? par (par exemple Bureau d'indemnisation, Jewish Claims Conference, Ministère fédéral allemand des Finances) |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | |
| | | Entschädigungsbehörde | |
| | Aktenzeichen | | Référence |
| 4.3 | Wenn die Frage 4.2 verneint wurde, die / der Versicherte aber Leistungen wegen nationalsozialistischer Verfolgung von anderen inländischen oder ausländischen Stellen erhalten hat, dann fügen Sie bitte entsprechende Unterlagen (z. B. Kopien der Bewilligung) bei. | Si la question n° 4.2 a été répondue par la négative, mais que l'assuré(e) percevait des prestations à titre de persécution nazie par d'autres organismes allemands ou étrangers, merci de joindre des documents correspondants (par exemple copies de l'attribution). | |

| 5 | | Angaben zum zwangsweisen Aufenthalt der / des Versicherten | Renseignements concernant le séjour forcé de l'assuré(e) |
|-----|--|--|---|
| | | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | Merci de joindre tous les documents existants ! |
| 5.1 | In welchen Ghettos hielt sich die / der Versicherte zwangsweise auf? | ↓ | ↓ |
| | a) | Ort, Bezirk, Gebiet / Land | Dans quels ghettos l'assuré(e) a-t-elle / a-t-il séjourné sous contrainte ? |
| | | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du |
| b) | Ort, Bezirk, Gebiet / Land | | Lieu, district, territoire / pays |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| c) | Ort, Bezirk, Gebiet / Land | | Lieu, district, territoire / pays |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |

| | |
|----------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | | | | |
|-----|--|--|---|--|
| 5.2 | Wenn sich die / der Versicherte nicht in einem Ghetto aufgehalten hat: Durfte die / der Versicherte die Wohnung oder das Haus nur zum Zwecke der Arbeit sowie für die notwendigsten Besorgungen verlassen? | nein, die / der Versicherte konnte sich am Wohnort tagsüber weitgehend frei bewegen <input type="checkbox"/> | non, dans la journée, l'assuré(e) pouvait se déplacer en grande partie librement dans sa ville de résidence. <input type="checkbox"/> | Si l'assuré(e) n'a pas séjourné dans un ghetto : Ne pouvait-elle / pouvait-il quitter l'appartement ou la maison que pour aller travailler ou faire des courses essentielles ? |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | |
| | Wohnort, Bezirk, Gebiet / Land | von / du | | bis / au |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | | | Lieu, district, territoire / pays |
| | | | | Période (mois / année) |

| 6 | | Angaben zur Arbeit der / des Versicherten | | Renseignements concernant le travail de l'assuré(e) | |
|-----|----|--|-------------------------------------|---|--|
| | | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | | Merci de joindre tous les documents existants ! | |
| 6.1 | a) | Hat die / der Versicherte in einem der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. in dem unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnort gearbeitet? | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il travaillé dans un des ghettos mentionnés au point n° 5.1 ou à son lieu de résidence mentionné au point n° 5.2 ? |
| | | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | |
| | | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | |
| | | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | | Art der Arbeit | | | Nature du travail |
| 6.1 | b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |
| | | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | | Art der Arbeit | | | Nature du travail |
| 6.1 | c) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |
| | | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | | Art der Arbeit | | | Nature du travail |
| 6.2 | a) | Hat die / der Versicherte auch außerhalb der unter Ziffer 5.1 angegebenen Ghettos bzw. des unter Ziffer 5.2 angegebenen Wohnortes gearbeitet? | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il également travaillé à l' extérieur des ghettos mentionnés au point n° 5.1 ou du lieu de résidence mentionné au point n° 5.2 ? |
| | | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | |
| | | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | |
| | | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | | Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt? | ja <input type="checkbox"/> oui | nein <input type="checkbox"/> non | Est-elle / est-il retourné(e) chaque jour au ghetto ou à son lieu de résidence ? |
| 6.2 | b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |
| | | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | | Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt? | ja <input type="checkbox"/> oui | nein <input type="checkbox"/> non | Est-elle / est-il retourné(e) chaque jour au ghetto ou à son lieu de résidence ? |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

| | | | | |
|-----|---|--|---|--|
| c) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |
| | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur |
| | Ist sie / er täglich in das Ghetto bzw. in den Wohnort zurückgekehrt? | ja <input type="checkbox"/> oui | nein <input type="checkbox"/> non | Est-elle / est-il retourné(e) chaque jour au ghetto ou à son lieu de résidence ? |
| 6.3 | Hat die / der Versicherte sich um die Arbeit innerhalb (Ziffer 6.1) oder außerhalb des Ghettos (Ziffer 6.2) selbst bemüht oder wurde sie ihr / ihm z. B. vom Judenrat vermittelt? | | L'assuré(e) s'est-elle / s'est-il efforcé(e) elle-même / lui-même d'avoir le travail (point n° 6.1 ou point n° 6.2) ou est-ce qu'il lui a été fourni, par exemple par le Judenrat ? | |
| | <input type="checkbox"/> | ja, im Ghetto oui, dans le ghetto | | |
| | <input type="checkbox"/> | ja, im Ghetto oui, dans le ghetto | | |
| | <input type="checkbox"/> | ja, im Wohnort oui, au lieu de derésidence | | |
| | <input type="checkbox"/> | nein, sie / er wurde zu allen angegebenen Arbeiten gegen ihren / seinen Willen gezwungen und hätte sie nicht ohne Gefahr für Leib, Leben oder ihre / seine Restfreiheit ablehnen können. | | |
| | <input type="checkbox"/> | non, l'assuré(e) était contraint(e) à tous les travaux contre son gré et elle / il n'aurait pas pu les refuser sans danger pour le corps, la vie ou pour ce qu'il restait de sa liberté. | | |

| 7 | Verfolgungsbedingte Ersatzzeiten | Périodes exonérées suite à la persécution | |
|----|--|---|----------|
| | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | Merci de joindre tous les documents existants ! | |
| a) | Hat die / der Versicherte weitere nationalsozialistische Gewaltmaßnahmen erlitten? (z. B. Tragen des Judensterns, Leben in der Illegalität oder unter falschem Namen, Zwangsarbeitslager, Konzentrationslager) | nein <input type="checkbox"/> non | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | |
| b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| | Art der Verfolgung | | |
| c) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| | Art der Verfolgung | | |
| a) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| | Art der Verfolgung | | |
| b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| | Art der Verfolgung | | |
| c) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| | Art der Verfolgung | | |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

| 8 | | Zeiten in Deutschland | | Périodes en Allemagne | |
|-----|--|--|----------|--|--|
| | | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | | Merci de joindre tous les documents existants ! | |
| 8.1 | Hat sich die / der Versicherte nach der Verfolgung in Deutschland (z. B. in einem DP-Lager) aufgehalten? | nein <input type="checkbox"/> non | | Après sa persécution, l'assuré(e) a-t-elle / a-t-il séjourné en Allemagne (par exemple dans un camp de personnes déplacées (DP)) ? | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | | |
| a) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| | Aufenthaltsort | | | à | |
| b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| | Aufenthaltsort | | | à | |
| 8.2 | Hat die / der Versicherte in Deutschland gearbeitet? | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il travaillé en Allemagne ? | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | | |
| a) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur | |
| | Art der Arbeit | | | type de travail | |
| b) | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| | Arbeitsstelle / Arbeitgeber | | | Poste / employeur | |
| | Art der Arbeit | | | type de travail | |

| 9 | | Zeiten im Ausland | | Périodes hors d'Allemagne | |
|-----|---|--|----------|---|--|
| | | Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei! | | Merci de joindre tous les documents existants ! | |
| 9.1 | Hat die / der Versicherte im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger gezahlt? | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il versé des cotisations à un organisme d'assurance hors d'Allemagne ? | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | | |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| | Versicherungsträger | | | Organisme d'assurance | |
| | Staat | | | Etat | |
| | Ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen | | | Numéro d'assurance étranger / référence | |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

| | | | | |
|-----|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| 9.2 | Hat die / der Versicherte sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten : Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz? | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il eu sa résidence habituelle après son 15 ^e anniversaire aux Pays-Bas ou après son 16 ^e anniversaire dans un des pays suivants : Australie, Danemark, Finlande, Islande, Israël, Canada / Québec, Liechtenstein, Norvège, Suède, Suisse ? |
| | | ↓ | ja <input type="checkbox"/> oui | |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |
| | Staat | | | Etat |

| | | | | |
|-----------|---|--|---------------------------------|---|
| 10 | Zeiten des Schul- / Fachschul- oder Hochschulbesuchs (auch im Ausland) | Périodes scolaires / scolaires techniques ou universitaires (également hors de l'Allemagne) | | |
| | Hat die / der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schule, Fachschule oder Hochschule besucht? Bitte fügen Sie alle vorhandenen Unterlagen bei, z. B. Schulzeugnis, Unterlagen zum Besuch einer Hochschule | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il fréquenté une école, école technique ou université après son 17 ^e anniversaire ? Merci de joindre tous les documents existants, par exemple relevé de notes, documents concernant la fréquentation d'une université. |
| | | ↓ | ja <input type="checkbox"/> oui | |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) |

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| 11 | Angaben zu Kindern | Renseignements concernant les enfants | | | |
| a) | Hat die / der Versicherte Kinder erzogen, die vor dem 01.01.1950 geboren sind? (bitte Geburtsurkunde beifügen) | nein <input type="checkbox"/> non | | L'assuré(e) a-t-elle / a-t-il élevé des enfants nés avant le 01/01/1950 ? (merci de joindre l'acte de naissance) | |
| | | ↓ | ja <input type="checkbox"/> oui | | ↓ |
| a) | geboren am (Tag / Monat / Jahr) | | | né le (jour / mois / année) | |
| | geboren in | | | à | |
| | Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen? | ja <input type="checkbox"/> oui | | Pendant ses 10 premières années, l'enfant a-t-il été élevé par l'assuré(e) la plupart du temps ? | |
| | | ↓ | nein <input type="checkbox"/> non | | ↓ |
| Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr) | von / du | bis / au | éducation (mois / année) ou enfant décédé le (jour / mois / année) | | |
| b) | geboren am (Tag / Monat / Jahr) | | | né le (jour / mois / année) | |
| | | | | | à |
| | | geboren in | ja <input type="checkbox"/> oui | | |
| | | Wurde das Kind in den ersten 10 Jahren überwiegend von der / dem Versicherten erzogen? | ↓ | nein <input type="checkbox"/> non | ↓ |
| Erziehung (Monat / Jahr) ggf. Kind verstorben am (Tag / Monat / Jahr) | von / du | bis / au | éducation (mois / année) ou enfant décédé le (jour / mois / année) | | |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | |
|-----------|---|---|-------------------------------------|
| 12 | Sonstige Angaben | Autres renseignements | |
| 12.1 | Wurde eine Ehe der / des Versicherten nach dem 30.06.1977 durch Ehescheidung aufgelöst / aufgehoben? | nein <input type="checkbox"/> non | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | |
| | Lebt der frühere Ehegatte noch? | unbekannt <input type="checkbox"/> non connu | |
| | | ja <input type="checkbox"/> oui | |
| | ↓ nein <input type="checkbox"/> non ↓ | | |
| | Sterbedatum (Tag / Monat / Jahr) | | Date de décès (jour / mois / année) |
| 12.2 | Bitte ausfüllen, wenn Witwerrente beantragt wird und die Versicherte vor dem 01.01.1986 verstorben ist | Merci de le compléter lorsqu'une pension de veuf est demandée et que l'assurée est décédée avant le 01/01/1986 | |
| | Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie überwiegend bestritten? | nein <input type="checkbox"/> non | |
| | | ja <input type="checkbox"/> oui | |
| | | L'assurée a-t-elle pourvu à la plus grande partie de l'entretien de sa famille ? | |

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|-------------------------------|
| 13 | Angaben zur Einkommensanrechnung bei Witwenrenten / Witwerrenten | Renseignements concernant l'examen du cumul des pensions de réversion et des revenus | |
| | - Nicht erforderlich, wenn die / der Versicherte vor dem 01.01.1986 gestorben ist. - | - N'est pas nécessaire lorsque l'assuré(e) est décédé(e) avant le 01/01/1986 - | |
| | Bitte Nachweise beifügen! | Merci de joindre des justificatifs ! | |
| 13.1 | Arbeitsentgelt | Rémunération du travail | |
| | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes Arbeitsentgelt, ggf. auch im Ausland? | nein <input type="checkbox"/> non | |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | |
| | Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au |
| Name und Anschrift des Arbeitgebers | | | Période (mois / année) |
| | | | Nom et adresse de l'employeur |
| | | | |

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

| | | | | |
|-------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 13.2 | Arbeitseinkommen | | | Revenu du travail |
| | Haben oder hatten Sie ab Beginn der Rente wegen Todes steuerrechtliche Gewinne (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit), ggf. auch im Ausland, erzielt? Zu den steuerrechtlichen Gewinnen zählen auch Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, wenn diese steuerrechtlich als Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit gewertet werden. | nein <input type="checkbox"/> non | | Réalisez-vous ou avez-vous réalisé des bénéfices fiscaux (revenus de l'agriculture et sylviculture, d'un établissement commercial, industriel ou artisanal ou d'une activité non salariée), les cas échéant hors d'Allemagne, depuis la date d'effet de la pension à titre de décès ? Font également partie des bénéfices fiscaux les revenus fonciers dès lors qu'ils sont considérés par le droit fiscal comme revenus de l'agriculture et sylviculture, d'un établissement commercial, industriel ou artisanal ou d'une activité non salariée. |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | |
| Zeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période (mois / année) | |
| Art der Selbständigkeit | | | Nature de l'activité non salariée | |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 14 | Andere Leistungen | | | Autres prestations |
| 14.1 | Beziehen oder bezogen Sie eine der nachstehenden Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? | | | Percevez-vous ou avez-vous perçu une des prestations suivantes ou avez-vous demandé une de ces prestations ? |
| | Rente aus eigener Versicherung aus der deutschen oder einer ausländischen Rentenversicherung oder vergleichbare Leistung für ehemalige Beschäftigte im öffentlichen Dienst | nein <input type="checkbox"/> non | | Pension de votre propre assurance de l'assurance pension allemande ou d'un autre pays ou prestation similaire pour anciens employés de la fonction publique |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | |
| Bezugszeitraum (Monat / Jahr) | von / du | bis / au | Période de perception (mois / année) | |
| beantragt am (Tag / Monat / Jahr) | | | demandée le (jour / mois / année) | |
| zahlende Stelle | | | organisme payeur | |
| Aktenzeichen | | | Référence | |
| 14.2 | Leistungen aus der deutschen oder einer ausländischen Unfallversicherung | nein <input type="checkbox"/> non | | Prestations d'une assurance accident allemande ou d'un autre pays |
| | Unfalltag (Tag / Monat / Jahr) | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | | Date de l'accident (jour / mois / année) |
| | | | | Nature de la prestation |
| | | | | Référence |
| | | | | Administration |
| | | | | |
| Art der Leistung | | | | |
| Aktenzeichen | | | | |
| Behörde | | | | |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

| | | | |
|------|--|-------------------------------------|---|
| 14.3 | Leistung nach der Anerkennungsrichtlinie für Ghetto-Arbeit vom Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen | nein <input type="checkbox"/> non | Prestation selon la directive relative au versement d'une prestation aux victimes de persécutions en reconnaissance du travail dans le ghetto par le Bundesamt für zentrale Dienste und offene Vermögensfragen (Office fédéral des services centraux et des affaires patrimoniales non apurées) |
| | | ↓ ja <input type="checkbox"/> oui ↓ | |
| | Aktenzeichen | | Référence |

| 15 | Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers | Déclaration de la requérante / du requérant |
|----|---|--|
| | <p>Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe.</p> <p>Ich verpflichte mich, den Rentenversicherungsträger unverzüglich zu benachrichtigen, wenn nach Stellung dieses Rentenanspruchs bis zum Rentenbeginn sich meine Anschrift ändert.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in allen Gerichts- und Behördenakten, die im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Anspruch stehen, insbesondere Entschädigungsakten, Einsicht nehmen kann.</p> | <p>J'affirme avoir communiqué en toute conscience tous les renseignements sur ce formulaire et sur les annexes y afférentes.</p> <p>Je m'engage à informer immédiatement l'organisme d'assurance pension si mon adresse change après le dépôt de la présente demande jusqu'à la date d'effet de la pension.</p> <p>Je consens que l'organisme compétent de l'assurance pension légale puisse consulter tous les dossiers judiciaires et administratifs qui sont en rapport avec le droit invoqué, notamment tous les dossiers d'indemnisation.</p> |
| | Ort, Datum | Lieu, date |
| | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers | Signature de la requérante / du requérant |

| 16 | Wahrheitsgemäße Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers | Déclaration véridique de la requérante / du requérant |
|----|---|--|
| | <p>Ich erkläre hiermit nach bestem Wissen und Gewissen, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was der Sachaufklärung dienen könnte. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.</p> | <p>Par la présente, je déclare en toute conscience que les renseignements ci-dessus sont conformes à la vérité et que je n'ai rien dissimulé ce qui pourrait servir à l'éclaircissement des faits. Je sais que des renseignements sciemment faux peuvent mener à une poursuite pénale.</p> |
| | Ort, Datum | Lieu, date |
| | Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers | Signature de la requérante / du requérant |

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

| | | |
|---|--|--|
| 17 | Einwilligungserklärung der Antragstellerin / des Antragstellers | Déclaration de consentement de la requérante / du requérant |
| <p>Soweit für die Bearbeitung dieses ZRBG-Renantrages erforderlich, willige ich ein, dass der zuständige Rentenversicherungsträger Zugang zu meinen Entschädigungsunterlagen bzw. den Unterlagen meiner / meines verstorbenen Familienangehörigen auf der Grundlage des Bundesentschädigungsgesetzes, der Restitutionsgesetze der deutschen Landesregierungen oder der Härtefonds des Bundes oder der Länder für Opfer nationalsozialistischer Verfolgung durch die zuständigen Behörden, Gerichte, Archive und Institutionen in Deutschland erhält. Dies schließt die Übersendung der Unterlagen zur Einsichtnahme ein. Da in diesen Unterlagen insbesondere Informationen über die ethnische und rassische Herkunft und damit in Zusammenhang stehende Verfolgungsmaßnahmen enthalten sind, die nach dem europäischen Datenschutzrecht als "sensible personenbezogene Daten" betrachtet werden, erteile ich meine ausdrückliche Zustimmung nach europäischem Datenschutzrecht.</p> <p>Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann. Um meine Einwilligung zu widerrufen, meine Rechte nach europäischem und deutschem Datenschutzrecht auszuüben oder Beschwerden zu erheben, sollte ich mich an die oben genannte Behörde unter der oben genannten Adresse wenden. Der Widerruf der Zustimmung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die auf der Grundlage der Zustimmung bis zu ihrem Widerruf durchgeführt wurde. Wenn ich meine Zustimmung widerrufe, verstehe ich, dass die Behörde meinen Antrag möglicherweise nicht bearbeiten kann.</p> | | <p>Dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour l'instruction de la présente demande de pension ZRBG, je consens que l'organisme d'assurance pension compétent ait accès à mes dossiers d'indemnisation et aux dossiers de mon / mes membre(s) de famille décédé(s) sur la base de la loi fédérale relative à l'indemnisation des victimes des persécutions nazies, des lois de restitution des gouvernements des lands allemands ou des fonds de solidarité au niveau fédéral ou des lands pour les victimes de la persécution nazie par les autorités, tribunaux, archives et institutions compétentes en Allemagne. Ceci inclut l'envoi de documents pour consultation. Etant donné que ces documents contiennent en particulier des informations concernant l'origine ethnique et raciale et les mesures de persécution y liées, qui, selon le droit européen sur la protection des données, sont considérées comme "données à caractère personnel sensibles", je donne mon consentement exprès selon le droit européen sur la protection des données.</p> <p>Je sais que je pourrai retirer à tout moment mes consentements avec effet pour l'avenir. Pour révoquer mon consentement, exercer mes droits selon les droits européen et allemand sur la protection des données ou introduire un recours, je dois m'adresser à l'administration susmentionnée à l'adresse susindiquée. La révocation du consentement ne touche pas la légitimité du traitement qui a été effectué sur la base du consentement jusqu'à sa révocation. Si je révoque mon consentement, je comprends que l'autorité ne peut éventuellement pas traiter ma demande.</p> |
| Ort, Datum | | Lieu, date |
| Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers | | Signature de la requérante / du requérant |
| Hinweis: Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wird der zuständigen Behörde, bei der die Akteneinsicht beantragt wird, übermittelt. | | Nota : Une copie de cette déclaration de consentement est adressée à l'autorité compétente à laquelle la consultation des dossiers est demandée. |

| Als Anlagen sind beigefügt | Sont joints en annexe |
|----------------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

