

Zusammenfassung

R0500: Antrag auf Hinterbliebenenrente

Antragsdatum

0 Antragsdatum
Datum der Antragstellung : XX.XX.XXXX

Beantragte Rente

1 Beantragte Rente **große Witwenrente / Witwerrente**

1 Wird die große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des maßgebenden Lebensalters beantragt? **nein**

Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name : **Lehmann**
Vorname (Rufname) : **Stephan**
Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

2 Hatte die / der Versicherte weitere Staatsangehörigkeiten? **nein**

2 Geburtsangaben der Versicherten / des Versicherten

Geburtsname : **Lehmann**
Geburtsdatum : **12.05.1975**
Geburtsort : **Hamburg**
Geburtsland : **Deutschland**
Geschlecht : **männlich**

Bestätigung des Geburtsdatums des verstorbenen Versicherten durch antragsaufnehmende Stelle

Bestätigung : **Geburtsdatum bestätigt**

2 Hatte die / der Versicherte frühere Namen? **nein**

2 Sterbedatum der Versicherten / des Versicherten **25.10.2023**

Bestätigung des Sterbedatums durch antragsaufnehmende Stelle

Bestätigung : **Sterbedatum bestätigt**

2 Wohnsitz am 18.05.1990 bzw. bei Tod vor dem 18.05.1990 letzter Wohnsitz

Ort : **Hamburg**
Staat : **Deutschland**
Gebiet : **Bundesrepublik / Berlin (West)**

2 Ist die / der Versicherte aus dem Ausland zugezogen? **nein**

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

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

Name : **Lehmann**
Vorname (Rufname) : **Andrea**
Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

3 Haben oder hatten Sie weitere Staatsangehörigkeiten? **nein**

3 Geburtsangaben der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise

Geburtsname : **Babetzki**
Geburtsdatum : **09.11.1975**
Geburtsort : **Hamburg**
Geburtsland : **Deutschland**
Geschlecht : **weiblich**

Bestätigung der Personenstandsdaten Hinterbliebene/r durch antragsaufnehmende Stelle

Bestätigung : **bestätigt durch Vorlage von**
Vorlage : **gültiger Personalausweis**

3 Haben Sie frühere Namen? **nein**

3 Anschrift der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise

Straße und Hausnummer : **Parkstr.3**
Postleitzahl : **20531**
Wohnort : **Hamburg**
Land : **Deutschland**

3 Wohnsitz am 18.05.1990 der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise

Ort : **Hamburg**
Staat : **Deutschland**
Gebiet : **Bundesrepublik / Berlin (West)**

3 Sind Sie aus dem Ausland zugezogen? **nein**

3 Steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person

Die steuerliche Identifikationsnummer : **liegt vor**
Identifikationsnummer der / des
Hinterbliebenen (ohne Leerzeichen) : **79 608 434 120**

3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert? **ja**

Versicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Bund**

3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? **ja**

Versicherungsnummer der / des
Hinterbliebenen : **65 091175 B 542**

3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?

Partnerschaftsverhältnis : **Ehe**

3.2.1 Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft mit der verstorbenen versicherten Person

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

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.) : **07.07.2007**

Bestand diese Ehe / die Eingetragene
Lebenspartnerschaft bis zum Tod der
versicherten Person? : **ja**

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

Bestätigung Tag der Eheschließung / Begründung **ja**
der Eingetragenen Lebenspartnerschaft durch
antragsaufnehmende Stelle

Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die **ja**
Rentenbewerberin / der Rentenbewerber mit dem / der
Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war bzw. in
einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.

Antragstellung durch andere Person

4 Wird der Antrag in Vertretung gestellt? **nein**

Angaben zu den Waisen

Für folgende Kinder wird zusätzlich Halbwaisenrente / **ja**
Vollwaisenrente beantragt:

Name : **Lehmann**
Vorname (Rufname) : **Luisa**
Geburtsdatum : **13.03.2009**
Geschlecht : **weiblich**

Zahlungsweg

5 Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN **Inlandskonto**
siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

Versicherungsnummer: 65 120575 L 000
Versicherte(r): Lehmann, Stephan
Vorgang: R0500 - Antrag auf Hinterbliebenenrente

Druckdatum:

IBAN : DE 09 2005 0550 1280 1110 04
Geldinstitut (Name) : Haspa Hamburg
Kontoinhaber ist vom Berechtigten
abweichend : nein

Hinterbliebenenrentenantrag liegt bereits vor

Ein formeller Hinterbliebenenrentenantrag aus der
Versicherung des Verstorbenen liegt bereits vor **nein**

Klärung des Rentenversicherungskontos

Hat die verstorbene Person **Zeiten** zurückgelegt, die **im Versicherungsverlauf** fehlen?

Beitragszeiten im **Inland** (zum Beispiel aufgrund einer
Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflegetätigkeit) : **nein**
Zeiten oder Sachverhalte im **Beitrittsgebiet** bis 31.12.1991 : **nein**
Zeiten im **Ausland** oder bei internationalen Organisationen : **nein**
Beitragsfreie Zeiten (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit,
Ausbildungszeiten) : **nein**
Zeiten der **Kindererziehung** und der **Pflege** eines
pflegebedürftigen Kindes : **nein**
Es fehlen **keine der genannten Zeiten**, der
Versicherungsverlauf ist vollständig. : **ja**

Beitragszeiten im Inland

- 6.3 Hat der Versicherte Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne **ja**
Abschluss) zurückgelegt?
- Sind die Zeiten im Versicherungsverlauf
bereits als "berufliche Ausbildung"
gekennzeichnet? : **ja**
- 6.4 Hat der Versicherte für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem **nein**
01.01.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als
Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe
bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld,
Eingliederungsgeld)?

Angaben zu Kindern

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

Anzahl der erzogenen Kinder : **1**

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

Sonstige Angaben

10.1.1 Hat der Versicherte eine Rente bis zu seinem Tod bezogen? **nein**

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

10.3 Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen? **nein**

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

10.5 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**

10.6 Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** **nein** zurückgelegt, weil er beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurde?

Angaben zum Einkommen bei Witwenrenten / Witwerrente

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

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Andere Leistungen - Dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eines der nachstehenden **dauerhaften Erwerbsersatzeinkommen** oder haben Sie eine der Leistungen beantragt?

Hinterbliebenenleistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen) : **nein**

Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder von einer entsprechenden ausländischen Stelle : **nein**

Leistungen von der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** : **nein**

Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

Andere Leistungen - Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eines der nachstehenden **kurzfristigen Erwerbsersatzeinkommen** oder haben Sie eine der Leistungen beantragt?

Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter.
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigten Angehörigen** Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben. : **nein**

Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger.
Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigten Angehörigen** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben. : **nein**

Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

Andere Leistungen - Weitere

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

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

Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse : **nein**

Ausbildungsförderung nach dem
Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG) : **nein**

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**

Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe
auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt
bezogen. : **ja**

Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

- 13.1.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?
(Bei aktueller privater Krankenversicherung bitte die gesetzliche Krankenkasse bei der Sie zuletzt versichert waren oder eine beliebige gesetzliche Krankenkasse angeben.)

Name der gesetzlichen Krankenkasse
für eine maschinelle Weiterleitung : **BARMER**

- 13.1.3 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner

Die Meldung zur KVdR : **wurde maschinell weitergeleitet**

- 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? **ja**

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

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

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

Pflegeversicherung

- 14 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? **ja**
(Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)
- Name des Kindes : **Lehmann**
Vorname des Kindes : **Luisa**
Geburtsdatum des Kindes : **13.03.2009**
Kindschaftsverhältnis : **leibliches Kind / Adoptivkind**
Bestätigung : **Daten bestätigt**
durch Vorlage von : **Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde**

Dokumentenzugang

- 15.1 **Dokumentenzugang per De-Mail** **nein**
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.
- 15.2 **Dokumentenzugang 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 : **nicht erforderlich**

R0660: Anlage zum Antrag auf Hinterbliebenenrente / Erziehungsrente

Arbeitsentgelt

- 3 Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** aus einem oder mehreren - ggf. auch geringfügigen - Beschäftigungsverhältnissen (zum Beispiel als Arbeitnehmer, Beamter, DO-Angestellter) **Arbeitsentgelt** (auch Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld), ggf. auch im Ausland? **ja**
- Zeitraum : **25.10.2023 - laufend IBUNA**
Name des Arbeitgebers : **Versicherung**
Straße und Hausnummer : **An der Alster 3**
Postleitzahl : **20038**
Ort : **Hamburg**
Land : **Deutschland**
Bescheinigung : **Bruttoarbeitsentgelt (R0665)**
Die Bescheinigung : **wird nachgereicht**

Arbeitseinkommen

- 4 Haben oder hatten Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit** gegebenenfalls auch im Ausland erzielt? **nein**
Hierzu gehören auch Einkünfte aus Energieanlagen mit erneuerbarer Energie (zum Beispiel Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter)

Vergleichbares Einkommen

- 5.1 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Vorruhestandsgeld** vom Arbeitgeber oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 5.2 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Abfindungen** wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. **Überbrückungsgeld** von einem Arbeitgeber oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**

- 5.3 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis** (zum Beispiel Minister, Parlamentarischer Staatssekretär) oder haben Sie diese Leistung beantragt? Bei Ruhegehalt oder vergleichbaren Bezügen bitte die Frage Ruhegehalt, Unterhaltsbeiträge, Unfallruhegehalt oder vergleichbare Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Amtsverhältnis oder aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung (Frage 7.4) ausfüllen. **nein**
- 5.4 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Entschädigungen für Abgeordnete** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 5.5 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 5.6 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **sonstige Leistungen** (zum Beispiel vom Arbeitgeber gezahlte Ausbildungsbeihilfe oder Studienbeihilfe an Teilnehmer dualer Studiengänge) oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 5.7 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes dem Erwerbseinkommen **vergleichbares Einkommen von einer Stelle im Ausland** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**

Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen

- 6.1 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Krankengeld** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 6.2 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Verletztengeld** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 6.3 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Versorgungskrankengeld** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**

- | | | |
|------|---|-------------|
| 6.4 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Mutterschaftsgeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.5 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.6 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Übergangsgeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.7 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.8 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Kurzarbeitergeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.9 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Arbeitslosengeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.10 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Arbeitslosenbeihilfe (§ 86a Gesetz über die Versorgung für die ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen - Soldatenversorgungsgesetz) oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.11 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Insolvenzgeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.12 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Pflegeunterstützungsgeld oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |
| 6.13 | Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes Gründungszuschuss oder haben Sie diese Leistung beantragt? | nein |

- 6.14 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Überbrückungsgeld der Seemannskasse** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 6.15 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 6.16 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen von einer Stelle im Ausland** oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**
- 6.17 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **privates Krankengeld / Krankentagegeld** oder **privates Arbeitslosengeld**, ggf. auch im Ausland oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? **nein**
- 6.18 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **sonstige Leistungen** (zum Beispiel Streikgelder, Aussperrungsunterstützungen), ggf. auch im Ausland oder haben Sie diese Leistung beantragt? **nein**

Dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen

- 7.1 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes eine **Rente aus eigener Versicherung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich Rente für Bergleute, Knappschaftsausgleichsleistung, **Anpassungsgeld** für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus, das **Anpassungsgeld** an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Braunkohletagebaus und der Stein- und Braunkohleanlagen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? **nein**
Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfalleleistungen.
- 7.2 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Altersrente** oder **Rente wegen Erwerbsminderung der Alterssicherung der Landwirte**, die an ehemalige Landwirte oder mitarbeitende Familienangehörige gezahlt wird oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? **nein**
Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfalleleistungen.

- 7.3 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung** oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?
Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.4 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Ruhegehalt, Unterhaltsbeiträge, Unfallruhegehalt oder vergleichbare Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Amtsverhältnis** oder aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, Altersgeld oder vergleichbare Alterssicherungsleistungen sowie vergleichbare Bezüge aus der Versorgung der Abgeordneten, Leistungen nach dem Bundesversorgungsteilungsgesetz und vergleichbare Leistungen nach entsprechenden länderrechtlichen Regelungen, Übergangsrente, Vorruhestandsgeld, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung, Invalidenteilrente, Ausgleichsbetrag (§§ 9, 11 Absatz 3b des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sondernversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz) oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?
Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.5 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Renten der öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufsgruppen** (zum Beispiel von den Versorgungswerken der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte, Notare) oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?
Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.6 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Berufsschadensausgleich** oder haben Sie diese Leistung beantragt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**

- 7.7 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen von einer Stelle im Ausland** oder haben Sie diese Leistung beantragt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.8 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Renten wegen Alters oder Erwerbsminderung, die aus Anlass eines Arbeitsverhältnisses zugesagt worden sind** (zum Beispiel Direktversicherung, Pensionskasse, Direktzusage, Unterstützungskasse, Pensionsfonds, Zusatzversorgung zum Beispiel von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder - VBL, Arbeitgeberzuschüsse, Betriebsrente) sowie Leistungen der Versorgungsausgleichskasse, ggf. auch im Ausland oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.9 Beziehen oder bezogen Sie seit Beginn der Rente wegen Todes **Renten wegen Alters oder Erwerbsminderung aus privaten Lebensversicherungen und Rentenversicherungen, allgemeinen Unfallversicherungen sowie sonstige private Versorgungsrenten** (Privatrente, zum Beispiel Altenteilsleistungen in der Landwirtschaft), ggf. auch im Ausland oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**
- 7.10 Wurde eine der vorgenannten dauerhaften Erwerbsersatzeinkommen kapitalisiert oder anstelle einer wiederkehrenden Leistung eine Abfindung gezahlt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene bzw. Todesfallleistungen. **nein**

Vermögenseinkommen

- 8.1.1 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Einnahmen aus Kapitalvermögen** im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: **Gewinnanteile (Dividenden), sonstige Bezüge aus Aktien oder anderen Beteiligungen, mit denen** **nein**

Gewinnrechte an einer Kapitalgesellschaft verbunden sind

- | | | |
|-------|--|------|
| 8.1.2 | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: Einnahmen aus einer Beteiligung an einem Handelsgewerbe als stiller Gesellschafter | nein |
| 8.1.3 | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: Zinsen und Erträge aus sonstigen Kapitalforderungen jeder Art | nein |
| 8.1.4 | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: Veräußerung von Wertpapieren bei einem Erwerb nach dem 31.12.2008 | nein |
| 8.1.5 | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: Termingeschäfte bei einem Vertragsabschluss nach dem 31.12.2008 | nein |
| 8.1.6 | Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an. | nein |

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Hier: **Sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 20 EStG**

- 8.2.1 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Einnahmen aus Versicherungen**? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: **Auszahlung einer Versicherungsleistung nach Vertragserfüllung** (nicht dazu zählen Versicherungen, deren Fälligkeit durch den Tod eingetreten ist) **nein**
- 8.2.2 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Einnahmen aus Versicherungen**? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: **Rückkauf einer Versicherung** **nein**
- 8.4 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung** im Sinne von § 21 EStG? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an. **nein**
- 8.5.1 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Gewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften** im Sinne von § 23 EStG? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: **Veräußerung von Grundstücken, Immobilien und solchen nach dem 31.12.2008 erworbenen Wirtschaftsgütern**, die unter die Regelung des § 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Satz 4 EStG fallen, innerhalb von zehn Jahren nach Anschaffung
(Veräußerungsgewinne liegen vor, wenn sie mindestens 600 Euro im Kalenderjahr betragen) **nein**
- 8.5.2 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes bzw. in den letzten zwölf Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes **Gewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften** im Sinne von § 23 EStG? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.
Hier: **Veräußerung anderer Wirtschaftsgüter** innerhalb von einem Jahr nach Erwerb (§ 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 **nein**

Satz 1 EStG) sowie die verdeckte Einlage (§ 23 Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 EStG)
(Veräußerungsgewinne liegen vor, wenn sie mindestens 600 Euro im Kalenderjahr betragen)

Elterngeld

- 9 Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes **Elterngeld**? Bitte geben Sie auch eine vergleichbare ausländische Leistung an. **nein**

Angaben zum Einkommen im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Rente

- 10 Haben Sie **im letzten Kalenderjahr** eine im Abschnitt "Arbeitsentgelt", "Arbeitseinkommen", "Vergleichbares Einkommen", "Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen" (vgl. Ziffer 3 bis 6.18) aufgeführte Einkommensarten bezogen? **ja**
- Zeitraum : **01.01.2022 - 31.12.2022**
Art des Einkommens : **Arbeitsentgelt**
zahlende Stelle : **IBUNA Versicherung**
Straße und Hausnummer : **An der Alster 3**
Postleitzahl : **20038**
Ort : **Hamburg**
Land : **Deutschland**
Bescheinigung : **Bruttoarbeitsentgelt (R0665)**
Die Bescheinigung : **wird nachgereicht**

R0810: Meldung zur KVdR

Angaben zur Person des Rentenantragstellers

- 1 Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung
- Krankenversichertennummer : **F09652178456**
- Familienstand **nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)**

Angaben zur Tätigkeit

- 2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis? **ja**
als : **Versicherungskauffrau**
- 2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)? **nein**
- 2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)? **nein**
- 2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden? **nein**
- 2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert? **nein**

Angaben zu Leistungen

- 2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - ggf. auch aus dem Ausland -? **nein**

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des Rentenantragstellers

- 4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert? **nein**
- 4.2 Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?

am : 01.09.2002

4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert?
- Angaben sind frühestens ab dem 01.01.1995 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 01.01.1995, geben Sie diese bitte auch an. -

- Zeitraum : 01.09.2002 - 14.05.2009
Name der Krankenkasse : BARMER
Straße und Hausnummer : Postfach 212569
Postleitzahl : 20430
Ort : Hamburg
Art der Versicherung : Mitglied
- Zeitraum : 15.05.2009 - 31.03.2011
Name der Krankenkasse : BARMER
Straße und Hausnummer : Postfach 212569
Postleitzahl : 20430
Ort : Hamburg
Art der Versicherung : Familienversicherung
- Zeitraum : 01.04.2011 - laufend
Name der Krankenkasse : BARMER
Straße und Hausnummer : Postfach 212569
Postleitzahl : 20430
Ort : Hamburg
Art der Versicherung : Mitglied

4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? ja

Name des Kindes : Lehmann
Vorname des Kindes : Luisa
Geburtsdatum des Kindes : 13.03.2009
Kindschaftsverhältnis : leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind zum Zeitpunkt der Adoption
Bestätigung Personenstandsdaten des Kindes : Die Personenstandsdaten werden bestätigt

4.5 Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? nein

4.6 Sind bzw. waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig? nein

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

- 5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder hatte er eine solche beantragt? **nein**
- 5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt? **nein**
- 5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?
- am : **01.08.1993**
- 5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert?
- Angaben frühestens vom 01.01.1995 an -
- Zeitraum : **01.01.1995 - 25.10.2023**
Name der Krankenkasse : **BARMER**
Straße und Hausnummer : **Postfach 212569**
Postleitzahl : **20430 Hamburg**
Ort : **Mitglied**
Art der Versicherung :
- 5.5 Hatte der Verstorbene Kinder? **ja**
- Lehmann**
Name des Kindes : **Luisa**
Vorname des Kindes : **13.03.2009**
Geburtsdatum des Kindes :
Kindschaftsverhältnis : **leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind zum Zeitpunkt der Adoption**
- Bestätigung Personenstandsdaten des Kindes : **Die Personenstandsdaten werden bestätigt**
- 5.6 War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? **nein**

Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

- 6 Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung beim Rentenversicherungsträger zu beantragen ist.

Diesen Zuschuss beantrage ich / habe
ich beantragt. : ja

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

8.1 Datum der Rentenantragstellung XX.XX.XXXX

8.2 Rentenart große Witwenrente / Witwerrente

8.3 Der Rentenantrag wurde weitergeleitet an DRV Nord

R0990: Aufstellung über eingereichte bzw. nachzureichende Unterlagen

Unterlagen

Werden Unterlagen eingereicht oder sind diese
nachzureichen? ja

- **Art der Unterlage :** Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde
der Waise (Luisa, 13.03.2009)
Status : eingereichte Kopien
Anzahl der Unterlagen : 1
- **Art der Unterlage :** steuerliche Identifikationsnummer (Luisa,
13.03.2009)
Status : nachzureichende Unterlagen
Anzahl der Unterlagen : 1
- **Art der Unterlage :** Formular R0665 (Arbeitgeber: IBUNA
Versicherung)
Status : nachzureichende Unterlagen
Anzahl der Unterlagen : 1
- **Art der Unterlage :** Formular R0665
(Zeitraum: 01.01.2022 - 31.12.2022)
Status : nachzureichende Unterlagen
Anzahl der Unterlagen : 1

R0610: Anlage zum Antrag auf Halbwaisenrente / Vollwaisenrente - Luisa, geb. 13.03.2009

Angaben zur Person der Waise

Angaben zur Person der Waise

Name : **Lehmann**
Vorname (Rufname) : **Luisa**
Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

Weitere Angaben zu der Waise

Waiseneigenschaft : **Halbwaise**
Kindschaftsverhältnis : **leibliches Kind oder Adoptivkind**
Geburtsurkunde /
Abstammungsurkunde : **wird beigelegt**

Geburtsangaben der Waise

Geburtsdatum : **13.03.2009**
Geschlecht : **weiblich**

Anschrift der Waise

Straße und Hausnummer : **Parkstr.3**
Postleitzahl : **20531**
Wohnort : **Hamburg**
Land : **Deutschland**

Sind Sie aus dem Ausland zugezogen? **nein**

Steuerliche Identifikationsnummer der Waise

Die steuerliche Identifikationsnummer : **wird nachgereicht**

Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? **nein**

Antragstellung durch andere Personen

4 Wird der Antrag in Vertretung gestellt? **ja**
in Eigenschaft als : **gesetzlicher Vertreter**
Anrede : **Frau**
Name / Dienststelle : **Lehmann**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Vorname : **Andrea**
Straße und Hausnummer : **Parkstr.3**
Postleitzahl : **20531**
Wohnort : **Hamburg**
Land : **Deutschland**

Zahlungsweg

- 5 Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN **Inlandskonto** siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):

IBAN : **DE 09 2005 0550 1280 1110 04**
Geldinstitut (Name) : **Haspa Hamburg**
Kontoinhaber ist vom Berechtigten
abweichend : **ja**
Anrede : **Frau**
Name des Kontoinhabers : **Lehmann**
ggf. Vorname des Kontoinhabers : **Andrea**
Straße und Hausnummer : **Parkstr.3**
Postleitzahl : **20531**
Ort : **Hamburg**

Begründung des Anspruchs

- 6.1 Volljährigkeit der Waise

Hat die Waise das 18. Lebensjahr
vollendet? : **nein**

Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stief- und Pflegeelternteile

- 7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefelternteil und Pflegeelternteile der Waise

Name des Elternteils : **Lehmann**
Vorname des Elternteils : **Andrea**
Geburtsname des Elternteils : **Babetzki**
Geburtsdatum : **09.11.1975**
Versicherungsnummer : **65 091175 B 542**
Straße und Hausnummer : **Parkstr.3**
Postleitzahl : **20531**

Wohnort : **Hamburg**
Kindschaftsverhältnis : **leibliches Kind oder Adoptivkind**

Andere Leistungen - Dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen

Bezieht oder bezog die Waise zuletzt eines der nachstehenden **dauerhaften Erwerbsersatzeinkommen** oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung** : **nein**

Waisenrente aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen) : **nein**

Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen : **nein**

Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder von einer entsprechenden ausländischen Stelle : **nein**

Die Waise bezieht **keine der genannten Leistungen** und hat auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

Andere Leistungen - Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen

Bezieht oder bezog die Waise zuletzt eines der nachstehenden **kurzfristigen Erwerbsersatzeinkommen** oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter : **nein**

Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger : **nein**

Die Waise bezieht **keine der genannten Leistungen** und hat auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

Andere Leistungen - Weitere

Bezieht oder bezog die Waise zuletzt eine der nachstehenden **Leistungen** oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt : **nein**

Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse : **nein**

Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch : **nein**

Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG) : **nein**

sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker) : **nein**

Die Waise bezieht **keine der genannten Leistungen** und hat auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

- 10.1.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?
(Bei aktueller privater Krankenversicherung bitte die gesetzliche Krankenkasse bei der Sie zuletzt versichert waren oder eine beliebige gesetzliche Krankenkasse angeben.)

Name der gesetzlichen Krankenkasse
für eine maschinelle Weiterleitung : **BARMER**

- 10.1.3 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner

Die Meldung zur KVdR : **wurde maschinell weitergeleitet**

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

Dokumentenzugang

- 12.1 **Dokumentenzugang per De-Mail** **nein**
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.

12.2 **Dokumentenzugang 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 :

nicht erforderlich

R0810: Meldung zur KVdR - Luisa, geb. 13.03.2009

Angaben zur Person des Rentenantragstellers

1 Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung

Krankenversichertennummer : **F01134056823**

Familienstand

**nicht verheiratet / nicht in Eingetragener
Lebenspartnerschaft lebend (ledig,
verwitwet, geschieden oder aufgehoben)**

Angaben zur Tätigkeit

2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis? **nein**

2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)? **nein**

2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)? **nein**

2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden? **nein**

2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert? **ja**

Name des Stammversicherten : **Lehmann**
Vorname des Stammversicherten : **Andrea**
Geburtsdatum des Stammversicherten : **09.11.1975**
Verwandtschaftsverhältnis zum
Stammversicherten : **Elternteil**

Angaben zu Leistungen

- 2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - ggf. auch aus dem Ausland -? **nein**

Angaben bei Antrag auf Waisenrente

- 3 Waren Sie unmittelbar vor Rentenantragstellung privat krankenversichert? **nein**

Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

- 6 Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung beim Rentenversicherungsträger zu beantragen ist.
- Diesen Zuschuss beantrage ich / habe ich beantragt. : **nein**

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

- 8.1 Datum der Rentenantragstellung **XX.XX.XXXX**
- 8.2 Rentenart **Halbwaisenrente**

Versicherungsnummer: 65 120575 L 000
Versicherte(r): Lehmann, Stephan
Vorgang: R0500 - Antrag auf Hinterbliebenenrente

Druckdatum:

8.3 Der Rentenantrag wurde weitergeleitet an

DRV Nord

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag