

Vordrucke

Einführungsseminar 2 - Bund

Antragsvordrucke aus dem Versicherungsrecht

- 1 V0100 Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)
- 2 V0410 Fragebogen für Anrechnungszeiten
- 3 V0711 Fragebogen über zurückgelegte Beschäftigungszeiten, Versicherungszeiten, Anrechnungszeiten und Militärdienstzeiten auf dem Staatsgebiet der ehemaligen Sowjetunion oder in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan
- 4 V0800 Antrag auf Feststellung von Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung
- 5 V0700 Fragebogen zur Klärung und Prüfung von Zeiten im Beitrittsgebiet

Antragsvordrucke aus dem Rentenrecht

- 6 R0500 Antrag auf Hinterbliebenenrente
- 7 R0660 Anlage zum Antrag auf Hinterbliebenenrente / Erziehungsrente
Angaben zum Einkommen
- 8 R0610 Anlage zum Antrag auf Halbwaisenrente / Vollwaisenrente
- 9 R0810 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach
§ 201 Absatz 1 SGB V

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)**V0100**

Hinweis: Um Ihr Versicherungskonto überprüfen und ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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 erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.

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.

Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0110).

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
--

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)			
Geburtsname		frühere Namen	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Telefon		Telefax	
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

Zuzug aus dem Ausland? nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)

Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)

2 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl Wohnort

Telefon Telefax

3 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 3.2)

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein

ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, gegebenenfalls weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?



Versicherungsnummer _____	Kennzeichen (soweit bekannt) _____
------------------------------	--

Beweismittel bitte beifügen

noch Ziffer 3.1			
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?

3.2 Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im
Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein ja, bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen

4 Zeiten im Ausland

4.1 Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im
Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5
 ja

4.2 Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im
Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte,
Selbständige, Landwirte).

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

4.3 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden
beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten:
Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

4.4 Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

- nein ja, bitte Vordruck V0710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien (beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),
Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan)
Vordruck V0712 für Zeiten in Rumänien,
Vordruck V0720 für Zeiten in Polen
ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 5

4.5 Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

- nein, bitte weiter bei Ziffer 5 ja

4.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

- nein, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 5 ja

4.5.2 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

- nein ja, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen

5 Anrechnungszeiten (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

5.1 Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

- nein ja, bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen

5.2 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.06.1983 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".

- nein ja, bitte Vordruck F870 ausfüllen und beifügen

6 Angaben zu Kindern

6.1 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

- nein ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

6.2 Haben Sie ab dem 1.1.1992 Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt, 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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Sonstige Angaben

Beweismittel bitte beifügen

7.1 Haben Sie 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

7.2 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis oder - weil Sie aus dem Dienstverhältnis ausgeschieden sind - einen Anspruch auf Altersgeld?

Versorgungsdienststelle

nein ja

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen beziehungsweise altersgeldfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt liegt nicht vor wird nachgereicht

7.3 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein ja, seit

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger (gegebenenfalls ausländischer Versicherungsträger)

Versicherungsnummer



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8 Dokumentenzugang

8.1 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:

8.2 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)

9 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

10 Anlagen

11 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1) werden bestätigt durch:

- Geburtsurkunde Personalausweis

Stempel

Datum, Unterschrift



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

Fragebogen für Anrechnungszeiten

V0410

Handschriftliche Ergänzungen bitte
in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	

Haben Sie folgende Zeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0411).

2 Krankheit / Rehabilitation

Beweismittel bitte beifügen

2.1 Waren Sie arbeitsunfähig wegen Krankheit?

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2
vom - bis

ja, _____
vom - bis

2.1.1 Wurden ab dem 1.1.1984 Leistungen (zum Beispiel Krankengeld) an Sie gezahlt?

_____ vom - bis

nein ja, _____
Art der Leistung

_____ von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

_____ vom - bis

_____ Art der Leistung

_____ von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

2.2 Haben Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten?
(zum Beispiel Heilbehandlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.3
vom - bis

ja, _____
von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

vom - bis

_____ von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

2.2.1 Wurden während dieser Zeiten Leistungen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?

vom - bis

nein ja,

_____ Art der Leistung

_____ von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

vom - bis

_____ Art der Leistung

_____ von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

2.3 Waren Sie zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?

vom - bis

nein ja,

_____ vom - bis

3 Schwangerschaft / Mutterschutz

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Liegen Zeiten der Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen vor?

vom - bis

nein ja,

_____ vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Arbeitslosigkeit / Bezug von Arbeitslosengeld II

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Waren Sie bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt), einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft oder einem Jobcenter arbeitslos gemeldet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2
vom - bis

ja, _____
arbeitslos gemeldet bei (Anschrift)

gegebenenfalls Art der bezogenen Leistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld II)

Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

4.1.1 Wurden von diesem Träger Beiträge an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis

nein ja,

4.2 Haben Sie nach dem 31.12.2010 Arbeitslosengeld II von einer deutschen Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einem Jobcenter bezogen?

vom - bis

nein ja _____
von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

5 Ausbildung

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Zeiten der Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt (auch im Ausland)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3
vom - bis

ja _____
Ausbildungsart

Abschluss (am, durch)

vom - bis

Ausbildungsart

Abschluss (am, durch)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

5.2 Handelte es sich bei diesen Ausbildungen um Teilzeitausbildungen, Abendausbildungen oder Fernausbildungen?

vom - bis

nein ja

Ausbildungsart

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?

nein ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

nein ja

vom - bis

Ausbildungsart

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?

nein ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

nein ja

5.3 Haben Sie an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr teilgenommen?

vom - bis

nein ja

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

vom - bis

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.3

Beweismittel bitte beifügen

vom - bis
Kostenträger
Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)
<input type="checkbox"/> Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/> Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

6 Ausbildungssuche

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als ausbildungssuchend gemeldet?

vom - bis

nein ja

Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)

7 Schlechtwettergeld

Beweismittel bitte beifügen

7.1 Haben Sie bis zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen?

vom - bis

nein ja

8 Rentenbezug

Beweismittel bitte beifügen

8.1 Haben Sie eine Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen?

vom - bis

nein ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen

8.2 Haben Sie eine Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz) bezogen?

vom - bis

nein ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG)

Beweismittel bitte beifügen

9.1 Haben Sie Zeiten des Gewahrsams im Sinne des HHG im Ausland ab 1.1.1992 zurückgelegt?

vom - bis

nein

ja

Ort beziehungsweise Gebiet des Gewahrsams

10 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

11 Anlagen



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel / Дата штампа

V0711

Fragebogen über zurückgelegte Beschäftigungszeiten, Versicherungszeiten, Anrechnungszeiten und Militärdienstzeiten auf dem Staatsgebiet der ehemaligen Sowjetunion oder in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan

Анкета о трудовом и страховом стаже, о периодах времени, засчитываемых в страховой стаж и прохождении воинской службы на территории бывшего СССР или в Армении, Азербайджане, Беларуси, Эстонии, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Латвии, Литве, Молдове, Российской Федерации, Таджикистане, Туркменистане, Украине или Узбекистане

Gilt als Anlage zum Rentenantrag beziehungsweise zum Antrag auf Kontenklärung

Приложение к заявлению о назначении пенсии или к заявлению о выяснении данных лицевого счёта

Zur Beachtung

Bitte Fragen in Blockschrift oder Maschinenschrift vollständig beantworten und möglichst in deutscher Sprache.

Внимание

Просьба отвечать на поставленные вопросы полностью и по возможности на немецком языке. Заполняйте анкету печатными буквами или на пишущей машинке.

Name des Versicherten		Фамилия застрахованного лица
Vorname des Versicherten		Имя и отчество застрахованного лица
frühere Namen		Презняя фамилия (девичья фамилия)
Geburtstag des Versicherten		Дата рождения застрахованного лица
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / мужской <input type="checkbox"/> weiblich / женский <input type="checkbox"/> ohne Eintrag / без указания пола <input type="checkbox"/> divers / разный	пол
Geburtsort des Versicherten		Место рождения застрахованного лица
Wohnort des Versicherten in Deutschland		Место жительства застрахованного в Германии



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

In welchen Sowjetrepubliken beziehungsweise Nachfolgestaaten der UdSSR (Armenien, Aserbaidtschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, Republik Moldau, Russische Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, Ukraine oder Usbekistan) haben Sie bis zum Zuzug nach Deutschland gewohnt?		Укажите, в каких советских республиках или государствах бывшего СССР Вы проживали до переезда в Германию (Армения, Азербайджан, Беларусь, Эстония, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Украина или Узбекистан)?
Republik		Республика
vom - bis		с ... по ...
Republik		Республика
vom - bis		с ... по ...
letzter Wohnsitz des Versicherten in der ehemaligen Sowjetunion (mit Angabe der Republik)		Адрес последнего места жительства застрахованного лица в бывшем СССР (укажите, пожалуйста, название республики)
bis wann? (Tag, Monat, Jahr)		До какого времени? (день, месяц, год)
Namen der Eltern des Versicherten mit Vornamen		Фамилии и имена родителей застрахованного лица
Vater		Отец
Mutter		Мать
Staatsangehörigkeit		Гражданство
Bei welchem Arbeitgeber in der ehemaligen Sowjetunion ist das Arbeitsbuch verblieben?		У какого работодателя в бывшем СССР осталась Ваша трудовая книжка?
Das Arbeitsbuch ist in meinem Besitz. Eine Kopie wird beigefügt.	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Трудовая книжка у меня на руках. Копия прилагается.
Halten Sie sich im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland gewöhnlich (dauernd) auf?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Проживаете ли Вы постоянно на территории Федеративной Республики Германия?
seit wann? (Tag, Monat, Jahr)		С какого времени? (день, месяц, год)
Wohnsitz in den alten Bundesländern	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Место жительства на территории старых федеральных земель
vom - bis		с ... по ...



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Wohnsitz in den neuen Bundesländern vom - bis	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Место жительства на территории новых федеральных земель с ... по ...
Sind Sie anerkannter Vertriebener oder Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? (falls ja, bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да <input type="checkbox"/> ist beigefügt / прилагается	Признаны ли Вы в качестве изгнанного лица или переселенца согласно федеральному закону о переселенцах? (Если да, то просьба приложить документ)
Sind Sie vertriebener Verfolgter und gehören Sie dem deutschen Sprachkreis und Kulturkreis an?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Относятся ли Вы к категории изгнанных преследуемых Принадлежите ли Вы к немецкой языковой и культурной среде?
Sind Sie Angehöriger des Judentums und gehörten Sie früher dem deutschen Sprachkreis und Kulturkreis an?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Являетесь ли Вы лицом еврейской национальности, принадлежали ли Вы в прошлом к немецкой языковой и культурной среде?
Wann haben Sie Ihr Herkunftsland verlassen (Monat, Jahr)?		Когда Вы покинули страну, из которой прибыли? (месяц / год)

Wurde in der ehemaligen Sowjetunion Rente bezogen?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Получали ли Вы пенсию в бывшем СССР?
Dauer des Rentenbezugs vom - bis		Если Вы получали пенсию, укажите, с какого по какой срок
Art der Rente	<input type="checkbox"/> Altersrente / пенсия по возрасту <input type="checkbox"/> Hinterbliebenenrente / пенсия по потере кормильца <input type="checkbox"/> Invalidenrente / пенсия по инвалидности <input type="checkbox"/> Kriegsofferrente / пенсия инвалида войны	Вид пенсии
Leistungsträger	<input type="checkbox"/> Staatliche Sozialversicherung / государственной системой социального страхования <input type="checkbox"/> Handwerks-genossenschaft / ремесленным кооперативом <input type="checkbox"/> Landwirtschaftliche Genossenschaft / колхозом <input type="checkbox"/> Sonstige / прочие	Кем выплачивалась пенсия
Name der Amtsstelle, die die Rentenleistung auszahlte		Наименование учреждения, выплачивавшего пенсию



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Nummer der Rentenmappe		Номер пенсионного дела
Tag der letzten Zahlung		Дата последней выплаты
Der letzte Rentenzahlabschnitt ist vorhanden und wird als Fotokopie beigefügt.	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Квитанция о последней выплате пенсии у меня на руках. Ксерокопия прилагается.

Deutsche Beitragszeiten des Versicherten

Периоды уплаты страховых взносов в Германии

Wurde in Deutschland eine Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Занимались ли Вы трудовой деятельностью в Германии?
Wurde eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit während eines Rentenbezugs ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы или занимались индивидуальной трудовой деятельностью, одновременно получая пенсию?
vom - bis (bitte nähere Angaben in der Beschäftigungsaufstellung machen)		с ... по ... В перечне работ укажите, пожалуйста, более точные данные
Wurde eine Beschäftigung vor der Aussiedlung außerhalb der ehemaligen Sowjetunion ausgeübt? (gegebenenfalls bitte auch Angaben in der Beschäftigungsaufstellung machen)	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы за границей до выезда из бывшего СССР? (Если да, то внесите, пожалуйста, данные также в перечень работ)
vom - bis		с ... по ...
in welchem Land?		в какой стране?
Wurden für diese Beschäftigung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Уплачивались ли в период этой работы взносы в систему обязательного пенсионного страхования?
falls ja: zur sowjetischen Rentenversicherung	<input type="checkbox"/>	составлен да: в систему пенсионного страхования СССР
zur Rentenversicherung des Beschäftigungslandes	<input type="checkbox"/>	в систему пенсионного страхования страны, на предприятии которой работал/а

Wurde eine Tätigkeit als Selbständiger ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Занимались ли Вы индивидуальной трудовой деятельностью?
vom - bis		с ... по ...
in welchem Berufszweig (zum Beispiel Landwirt, Handwerker, Rechtsanwalt, freiberuflicher Künstler)?		В какой области? (например, фермер, ремесленник, адвокат, творческий работник)



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

<p>Wurden freiwillige Beiträge zur ehemaligen sowjetischen Rentenversicherung gezahlt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да</p>	<p>Уплачивались ли Вами добровольные взносы в систему пенсионного страхования бывшего СССР?</p>
<p>vom - bis</p>	<p>с ... по ...</p>
<p>Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erstattet (insbesondere ab 1.1.1998 in Kasachstan)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да</p>	<p>Были ли Вам возвращены уплаченные Вами обязательные взносы в пенсионное страхование (в особенности, начиная с 1.1.1998 в Казахстане)?</p>
<p>vom - bis</p>	<p>с ... по ...</p>
<p>Militärische und vergleichbare Dienstzeiten</p> <p><input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да</p>	<p>Прохождение воинской службы и приравненных к ней видов службы</p>
<p>Dienst aufgrund gesetzlicher Wehrpflicht oder entsprechender Ersatzdienst</p> <p>vom - bis</p>	<p>Служба по призыву на основании закона о воинской повинности или соответствующая альтернативная служба</p> <p>с ... по ...</p>
<p>Name und Standort der Einheit</p>	<p>Наименование и местонахождение воинской части</p>
<p>Waffengattung (Heer, Marine, Luftwaffe)</p>	<p>Род войск (сухопутные войска, войска ВМФ, авиация)</p>
<p>Dienstgrad</p>	<p>Воинское звание</p>
<p>längerdienender Freiwilliger, Zeitsoldat oder Berufssoldat (gegebenenfalls auch im Anschluss an gesetzliche Wehrpflicht) sowie vergleichbare Dienste (zum Beispiel bei der Polizei, im Strafvollzug oder beim Zoll)</p> <p>vom - bis</p>	<p>добровольная сверхсрочная служба, наёмный, кадровый военный состав (в случае необходимости после прохождения воинской повинности), а также аналогичные виды службы (в милиции, войсках МВД, таможенной службе)</p> <p>с ... по ...</p>
<p>Erfolgte ein Arbeitseinsatz bei der "Trud-Armee" (Arbeitsarmee)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да</p>	<p>Работали ли Вы в Трудармии?</p>
<p>vom - bis</p>	<p>с ... по ...</p>



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

<p>Sind Sie in der ehemaligen Sowjetunion verschleppt worden (eine gegebenenfalls vorhandene Bescheinigung im Sinne des § 1 Heimkehrergesetz bitte beifügen) oder sind Zeiten als Häftling im Sinne des § 1 Häftlingshilfegesetz zurückgelegt worden?</p>	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	<p>Принадлежали ли Вы в бывшем СССР к категории депортированных лиц? (если да, просьба приложить справку согласно § 1 Закона о репатриантах). Находились ли Вы в заключении в смысле § 1 Закона о содействии заключенным?</p>
vom - bis		с ... по ...
interniert vom - bis		с ... по ... интернированы
Verschleppt von welchem Ort aus?		депортированы и если да, то откуда?
Häftlingszeit vom - bis		с ... по ... продолжительность заключения

<p>Nur ausfüllen bei Geburt in der ehemaligen Sowjetunion zwischen 1940 und 1956</p>	<p>Заполнять только, если Вы родились на территории бывшего СССР в период с 1940 по 1956 гг.</p>	
<p>Ist ein Elternteil in der ehemaligen Sowjetunion interniert oder verschleppt worden?</p>	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater мать отец	<p>Был ли кто из родителей в бывшем СССР интернирован или насильственно перемещён?</p>
Von welchem Ort aus?		Из какого региона?

<p>Haben Sie Kinder geboren?</p>	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	<p>Рожали ли Вы детей?</p>
<p>Geburtstag des 1. Kindes</p>	1.	Дата рождения первого ребенка
<p>Arbeitsbeginn nach der Geburt</p>		Дата выхода на работу после рождения ребенка
<p>Geburtstag des 2. Kindes</p>	2.	Дата рождения второго ребенка
<p>Arbeitsbeginn nach der Geburt</p>		Дата выхода на работу после рождения ребенка
<p>Geburtstag des 3. Kindes</p>	3.	Дата рождения третьего ребенка
<p>Arbeitsbeginn nach der Geburt</p>		Дата выхода на работу после рождения ребенка
<p>Geburtstag des 4. Kindes</p>	4.	Дата рождения четвертого ребенка
<p>Arbeitsbeginn nach der Geburt</p>		Дата выхода на работу после рождения ребенка



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Wie lange war die Beschäftigung des Kolchosmitgliedes (Bäuerin) durch Mutterschutzfristen, die in der Kolchose galten, unterbrochen? vom - bis		Продолжительность перерыва в трудовой деятельности члена колхоза (колхозницы), связанного с использованием установленного для колхозов декретного отпуска с ... по ...

Ausbildungszeiten und berufliche Qualifikation		<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Периоды учебы и профессионального образования
A Allgemeinbildende Schule vom - bis			A Общеобразовательная школа с ... по ...
B Qualifikation als Facharbeiter / qualifizierter Arbeiter Ausbildungsstätte vom - bis Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am Ausbildungsberuf und Tarifikategorie			B Приобретение рабочей специальности / квалификационного разряда Наименование учебного заведения с ... по ... Дата окончания или присвоения квалификации Специальность после профобучения, разряд или категория
C Qualifikation als Meister Ausbildungsstätte vom - bis Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am Meisterberuf			C Квалификация как мастер Наименование учебного заведения с ... по ... Дата окончания или присвоения квалификации Специальность после сдачи экзамена на звание мастера



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

D	Fachschulabschluss beziehungsweise Technikerabschluss (mittlere Berufsausbildung)		Обучение в среднем специальном учебном заведении
	Ausbildungsstätte		Наименование учебного заведения
	vom - bis		с ... по ...
	Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am		Дата окончания или присвоения квалификации
	als		по специальности . . .
E	Hochschulabschluss		Высшее образование
	Ausbildungsstätte		Наименование учебного заведения
	vom - bis		с ... по ...
	Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am		Дата окончания или присвоения квалификации
	als		по специальности . . .
F	sonstige Qualifikation (zum Beispiel Brigadier)		Прочая квалификация (напр. бригадир)
	als		по специальности . . .
	Ausbildungsstätte		F Наименование учебного заведения
	vom - bis		с ... по ...
	Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am		Дата окончания или присвоения квалификации
G	Waren Sie gegebenenfalls nach dem Erwerb einer dieser Qualifikationen noch zu Ausbildungszwecken beschäftigt (zum Beispiel Praktikum, Vorbereitungsdienst)?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	G Проходили ли Вы после присвоения квалифик ции практику или стажировку?
	vom - bis		с ... по ...



H	1. Welche Ausbildungszeit (A - F) wurde im Abendstudium absolviert?		H	1. Обучались ли Вы на вечернем отделении вышеуказанных учебных заведений (пункты А - F)?
	Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche (einschließlich häuslicher Vorbereitungszeit und Schulweg)?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да		Zанимала ли у Вас время на учебу более 20 часов в неделю (с учетом домашней подготовки, времени на дорогу)?
H	2. Welche Ausbildungszeit (A - F) wurde im Fernstudium absolviert?		H	2. Обучались ли Вы на заочном отделении вышеуказанных учебных заведений (пункты А - F)?
	Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche (bei Begleitunterricht gegebenenfalls einschließlich Zahl der Unterrichtsstunden und Schulweg)?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да		Zанимала ли у Вас время на учебу более 20 часов в неделю (с учетом времени посещения учебных занятий, а также времени на дорогу)?
	War das Fernstudium von vornherein an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да		Предполагалось ли с самого начала заочного обучения регулярное выполнение учебных программ в определеннй срок?
I	Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	I	Проводились ли регулярные проверки знаний?
I	Erfolgte eine Entsendung von einem Betrieb unter Weiterzahlung der Bezüge zur Fortbildung / Umschulung?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	I	Направлялись ли Вы по путевке предприятия на повышение квалификации/переобучение с сохранением зарплаты?
	vom - bis			с ... по ...
J	Haben Sie aufgrund langjähriger Berufserfahrung eine qualifizierte Tätigkeit vollwertig ausgeübt, für die eine der oben aufgeführten Berufsqualifikationen üblich war, ohne dass Sie eine solche Berufsqualifikation besaßen?		J	Выполняли ли Вы при отсутствии соответствующей профессиональной квалификации, но при наличии многолетнего опыта работы, в полной мере квалифицированную работу, для выполнения которой предполагалось наличие одной из приведенных выше квалификаций?
	vom - bis	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да		с ... по ...
	welche?			которой?



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Aufstellung über Beschäftigungen und selbständige Tätigkeiten in der ehemaligen Sowjetunion

Сведения о трудовой деятельности и о независимой трудовой деятельности (не по найму) в бывшем СССР

In die nachfolgende Beschäftigungsaufstellung tragen Sie bitte alle Tätigkeiten (auch Lehrzeiten, Praktikantenzeiten oder Volontärzeiten) mit der **genauen** Berufsbezeichnung lückenlos in zeitlicher Reihenfolge ein. Sämtliche Eintragungen sind möglichst in **deutscher** Sprache vorzunehmen. Angaben zu Arbeitgebern und Beschäftigungsorten sind vollständig und ohne Abkürzungen **zusätzlich** in **russischer** Sprache zu machen.

Перечислите, пожалуйста, строго в хронологическом порядке все без исключения виды Вашей деятельности и занятий (включая учебу, практику и стажировку) с **точным** указанием профессии. Запишите все данные по возможности на **немецком языке**. **В дополнение к этому** укажите сведения о работодателях и местах работы полностью, без сокращений, **на русском языке**.

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des maßgebenden Wirtschaftsbereichs; sie sind nur für Zeiten ab 1.1.1950 notwendig. Zu diesem Zweck geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbzweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (zum Beispiel Herstellung von Fernsehgeräten oder Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (zum Beispiel eines Kombinats oder eines Trusts), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte ergänzend anhand der Tabelle die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in den der Betrieb beziehungsweise die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

Сведения в графах 3 и 4 перечня нужны для того, чтобы определить соответствующую отрасль экономики Вашего бывшего работодателя; эти сведения нужны только для периодов начиная с 1 января 1950 г. Для этого просьба точно указывать в графе 3 основной предмет деятельности или функцию предприятия (например, производство телевизоров или мебели, здравоохранение ...). Если предприятие входило в состав более крупной хозяйственной единицы (комбината, треста и т.п.), указывайте данные применительно к этой крупной единице. В графе 4 просим дополнительно указывать номер отрасли, к которой по Вашему мнению относится данное предприятие или более крупная единица согласно нижеприведенной классификационной таблице.

In Spalte 7 geben Sie bitte gegebenenfalls Vollzeitbeschäftigung an. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden sowie die volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche anzugeben.

В графе 7 при необходимости укажите, пожалуйста, полную занятость. В случае неполной занятости укажите, пожалуйста, фактическую продолжительность рабочей недели в часах и полное еженедельное рабочее время, установленное на предприятии, в часах.



Wirtschaftsbereich	Отрасли экономики
1 Energieindustrie, Brennstoffindustrie einschließlich Kohlebergbau (Steinkohlenindustrie, Braunkohlenindustrie, Kokereien)	1 Топливоно-энергетическая промышленность, включая угольную промышленность (каменноугольную, бурогольную, коксохимическую промышленность)
2 chemische Industrie einschließlich Salzbergbau (zum Beispiel Kalisalzindustrie, Steinsalzindustrie)	2 Химическая промышленность, включая разработку соляных месторождений (например добычу калийной, каменной солей)
3 Metallurgie einschließlich Erzbergbau	3 Metallurgия, включая горнорудную промышленность
4 Baumaterialienindustrie	4 Промышленность строительных материалов
5 Wasserwirtschaft	5 Водное хозяйство
6 Maschinenbau, Fahrzeugbau	6 Машиностроение, транспортное машиностроение
7 Elektrotechnik, Elektronik, Gerätebau	7 Электротехника, электроника, приборостроение
8 Leichtindustrie (Holzindustrie, Glasindustrie, Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie)	8 Лёгкая промышленность (деревообрабатывающая, стекольная, швейная промышленность без текстильной промышленности)
9 Textilindustrie (zum Beispiel Faserherstellung, Garnherstellung, Stoffherstellung)	9 Текстильная промышленность (например производство волокна, пряжи, ткани)
10 Lebensmittelindustrie	10 Пищевая промышленность
11 Bauwirtschaft	11 Строительство
12 sonstige produzierende Bereiche (zum Beispiel Verlage, Forschungszentren der Industrie)	12 Прочие отрасли сферы производства (например издательства, промышленные НИИ)
13 produzierendes Handwerk	13 Ремесленное производство
14 Land- und Forstwirtschaft	14 Сельское и лесное хозяйство
15 Verkehr	15 Транспорт
16 Postwesen und Fernmeldewesen	16 Почтовая, телефонная и телеграфная связь
17 Handel	17 Торговля
18 Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Sozialwesen	18 Образование, здравоохранение, культура, социальное обеспечение
19 Wissenschaft, Hochschulwesen, Fachschulwesen	19 Наука, высшее, среднее специальное образование
20 staatliche Verwaltung, gesellschaftliche Organisationen	20 Государственные административные органы, общественные организации
21 sonstige nichtproduzierende Bereiche (zum Beispiel Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)	21 Прочие отрасли непромышленной сферы (например социальное страхование, жилищное хозяйство, туризм)
22 landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Bereich 14 zuzuordnen)	22 Сельскохозяйственные производственные кооперативы (только члены кооперативов; рабочих и служащих отнести к отрасли 14)
23 Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen)	23 Ремесленные производственные кооперативы (только члены кооперативов; рабочих и служащих отнести к отраслям 11 или 13)



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Beweismittel bitte beifügen

Просьба приложить подтверждающие документы

Aufstellung über Beschäftigungen und selbständige Tätigkeiten (siehe Hinweise auf Seite 10)

**Сведения о трудовой деятельности и о независимой трудовой деятельности (не по найму)
(смотри указания на стр. 10)**

1	2	3	4
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Name und Sitz des Arbeitgebers / Unternehmers	nur für Zeiten ab 1.1.1950 erforderlich	
		Haupterwerbszweck beziehungsweise Funktion des Betriebes (gegebenenfalls der größeren Unternehmenseinheit)	Wirtschaftsbereich (Nummer aus der vorstehenden Übersicht)
Время работы с ... по ... (день, месяц, год)	Наименование и местонахождение работодателя/предприятия	только к периодам времени после 1 января 1950 г.	
		Основной предмет деятельности (функция) предприятия (или головной единицы)	Отрасль (число из приведенной выше таблицы)
Beispiel / Пример	Krankenhaus Nummer 2 in Kiew / Больница но. 2 в Киеве	Gesundheitswesen / здравоохранение	18
1.1.1950 - 31.12.1955			



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Beweismittel bitte beifügen
Просьба приложить подтверждающие документы

- Fortsetzung -
- Продолжение -

5	6		7		8
Art der Tätigkeit (genaue Berufsstellung)	Arbeitsentgelt		wöchentliche Arbeitszeit		Wo versichert?
	Barlohn monatlich	Sachbezüge (zum Beispiel Kost und / oder Wohnung)	Vollzeit- beschäftigung	bei stundenweiser Beschäftigung: tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	
Вид деятельности (точное название профессии)	Оплата труда		Продолжительность рабочей недели		Где застрахован/а?
	размер ежемесячного денежного заработка	натуральная оплата (напр., питание, квартира)	полная рабочая неделя	при неполной занятости: фактическое еженедельное рабочее время в часах	
Beispiel / Пример		Kost und Wohnung / питание и квартира	<input checked="" type="checkbox"/>		staatliche Rentenversicherung / Государственное пенсионное страхование
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		



Versicherungsnummer
Страховой номер

Kennzeichen (soweit bekannt)
Шифр (если известно)

Wurde eine Beschäftigung in bergbaulichen Betrieben ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы на горнодобывающих предприятиях ?
vom - bis		с ... по ...
Name und Ort des Betriebes		Наименование и местонахождение предприятия
Welche Mineralien wurden gefördert?		Какие минералы добывались?
Art der Beschäftigung		Вид работы
überwiegend unter Tage oder überwiegend über Tage		Преимущественно на подземных работах или преимущественно на поверхности
Erhielten Sie Schichtlohn oder Gedingelohn?		Оплачивался Ваш труд посменно или сдельно?
Bestand ein Arbeitsverhältnis bei Verwandten ?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы по найму на предприятиях Ваших родственников ?
vom - bis		с ... по ...
in welcher Berufsstellung?		В какой должности?
in welchem Betrieb?		На каком предприятии?
Verwandtschaftsverhältnis (Ehegatte, Kind, Onkel und so weiter)		Степень родства (жена-уж, сын/дочь, дядя и т.д.)
Wurde eine Beschäftigung oder Tätigkeit in einem Kolchos ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы или занимались ли Вы какой-либо деятельностью в колхозе ?
vom - bis		с ... по ...
als Kolchosmitglied (Bauer) ?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	В качестве члена колхоза (колхозника) ?
vom - bis		с ... по ...
als Lohnarbeiter oder Lohnangestellter ?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	В качестве или наёмного рабочего служащего ?
vom - bis		с ... по ...
Wurde eine Beschäftigung als Mitarbeiter in einem Staatssicherheitsdienst ausgeübt?	<input type="checkbox"/> nein / нет <input type="checkbox"/> ja / да	Работали ли Вы в сотрудником органов государственной безопасности ?
vom - bis		с ... по ...



Erklärung des Antragstellers

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, Fotokopien einzusenden. Wir behalten uns vor, von Ihnen die Originalunterlagen oder Fotokopien beziehungsweise Abschriften anzufordern, auf denen die Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist. Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der Anforderung meiner Versicherungsunterlagen vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger unter Angabe meiner Anschrift einverstanden bin.

Andere Unterlagen bitten wir in fremdsprachiger Kopie zu übersenden. Sofern Übersetzungen vorhanden sind, bitten wir Sie, diese beizufügen.

Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht.

Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Ich versichere wahrheitsgemäß, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe. Ich bin mir bewusst, dass meine Angaben nachgeprüft werden können und dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich nehme davon Kenntnis, dass die angeforderten personenbezogenen Daten unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben werden. Alle noch in meinem Besitz befindlichen Unterlagen, die zur Klärung der Zeiten dienen können, füge ich bei. Hierfür kommen zum Beispiel folgende Unterlagen in Betracht:

- Arbeitsbuch
- Arbeitsbescheinigungen / Arbeitszeugnisse
- Schulzeugnisse
- Abschlusszeugnisse / Diplome
- Militärdienstbescheinigungen
- Krankheitsbescheinigungen
- Rentenbescheide / Rentenzahlabschnitte

Ersatzweise Zeugenerklärungen möglichst von **Arbeitskollegen beziehungsweise Bekannten, Freunden, die über Ihre Verhältnisse aus eigener Kenntnis Aussagen machen können.**

Sind keine derartigen Personen vorhanden, können auch Zeugenerklärungen verwandter Personen eingereicht werden.

Zаявление заявителя

При необходимости **подачи страховых документов** просим направлять нам их в виде ксерокопий. Мы оставляем за собой право потребовать у вас оригиналы, ксерокопии или копии с подтверждением соответствия копии оригиналу. Настоящим заявляю о моем согласии на затребование моих страховых документов в компетентных иностранных страховых органах с указанием моего домашнего адреса.

Остальные документы просим направлять нам в виде копий на иностранном языке. При наличии переводов, они также могут быть приложены.

Просьба не скреплять документы для отправки степлером или канцелярскими скрепками.

Если в качестве доказательства посылаются свидетельства об образовании, то содержащиеся в них оценки или соответствующие характеристики можно закрыть, чтобы они не были видны.

Подтверждаю, что сообщенные мной сведения изложены честно и добросовестно в полном соответствии с истиной. Я знаю, что эти данные могут быть проверены и что умышленное сообщение неверных сведений может повлечь за собой уголовную ответственность.

Принимаю к сведению, что затребованные данные личного характера запрашиваются при соблюдении требований федерального закона об охране данных. Все еще имеющиеся в моем распоряжении документы, способные помочь прояснению фактов, касающихся каких-либо сроков, мною прилагаются. К ним относятся, в частности, следующие документы:

- трудовая книжка
- справки с места работы / свидетельства
- свидетельства об окончании школы
- аттестаты зрелости / дипломы
- справки о прохождении военной службы
- справки о болезни
- пенсионные удостоверения / квитанции о выплате пенсии

В качестве замены могут служить заявления свидетелей, возможности бывших сотрудников или сослуживцев, знакомых, друзей, располагающих сведениями на основании личного знания фактов.

При отсутствии таких лиц возможна также подача свидетельских заявлений со стороны родственников.

Ort, Datum / Место и время

Unterschrift des Antragstellers (Vorname und Zuname)
Подпись подателя заявления / (имя и фамилия)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

**Antrag auf Feststellung von Kindererziehungszeiten /
Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung****V0800**

Hinweis: Um in Ihrem Versicherungskonto die Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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 erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. 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.

Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0810).

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

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
--

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)			
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort		Geburtsland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl		Wohnort	
Land			
Telefon		Telefax	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 1

letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland), Ort, Bundesland								
Zuzug aus dem Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr						
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)								
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)								

2 Angaben zu den Kindern (Weitere Kinder bitte auf einem 2. Antragsvordruck angeben.)

Für folgende Kinder wird die Anrechnung von Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten beantragt. (Bitte Geburtsurkunden, Familienbuch oder Stammbuch beifügen - entfällt, wenn Kindererziehungszeiten bereits angerechnet worden sind beziehungsweise die Personenstandsdaten am Ende dieses Antrags bestätigt werden.):

Kind 1

Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)													
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)													
Geburtsort	Geburtsstaat												
Geburtsdatum	gegebenenfalls Sterbedatum												
<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?													
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind													
Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.													
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)?													
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Beginn <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> und Ende <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
Tag	Monat	Jahr											



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Kind 2

Name, Vorname des Kindes (zur Zeit der Geburt beziehungsweise bei einem Adoptivkind Name, Vorname nach der Adoption)	
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	
Geburtsort	Geburtsstaat
Geburtsdatum	gegebenenfalls Sterbedatum
Tag Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Tag Monat Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ist das Kind ein Stiefkind oder Pflegekind?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Für jedes Stiefkind oder Pflegekind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen.	
Haben Sie das Kind von der Geburt an ununterbrochen erzogen (Angabe längstens bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres)?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Beginn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> und Ende <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

3 Angaben zum Wohnsitz während der Erziehungszeiten

3.1 Hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten Ihren Wohnsitz im Gebiet der früheren DDR beziehungsweise in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen oder im Ostteil von Berlin?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

4 Angaben zu deutschen Versorgungsanwartschaften außerhalb der Rentenversicherung

4.1 Haben Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten einem anderen deutschen Alterssicherungssystem angehört?	
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2	
<input type="checkbox"/> ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten angeben:	
<input type="checkbox"/> beamtenrechtliche oder ähnliche Versorgung (zum Beispiel als Beamter, Richter oder DO-Angestellter)	
vom <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Art der Tätigkeit	
Versorgungsträger	
Anschrift	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

noch Ziffer 4.1

kirchenrechtliche Versorgung (zum Beispiel als Geistlicher)

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Tätigkeit

Versorgungsträger

Anschrift

4.2 Haben Sie während der angegebenen Erziehungszeiten eine Versorgung nach Erreichen einer Altersgrenze aus beamtenrechtlichen, beamtenähnlichen, kirchenrechtlichen oder berufsständischen deutschen Alterssicherungssystemen bezogen?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 von welcher Stelle

5 Angaben zu einer selbständigen Tätigkeit

5.1 Waren Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten als Selbständiger oder Landwirt beziehungsweise im Betrieb Ihres Ehegatten / Lebenspartners einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft oder eines Angehörigen tätig?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

ja, als Selbständiger Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Selbständigen
 Landwirt Ehegatte / Lebenspartner / Angehöriger eines Landwirts

5.2 Angaben zur Art und zum Umfang der Tätigkeit:

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Tätigkeit

durchschnittliches monatliches Arbeitseinkommen

DM / EUR Betrag

wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

--

5.3 Nur bei Tätigkeiten in der Landwirtschaft: Ist oder war der Betrieb während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten im Unternehmerverzeichnis der Landwirtschaftlichen Alterskasse eingetragen?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr



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

6 Angaben bei Erziehung außerhalb Deutschlands

6.1 Haben Sie innerhalb der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten ein Kind außerhalb Deutschlands erzogen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7

ja, Erziehungszeit vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat / Gebiet

6.2 Haben Sie oder Ihr Ehegatte / Lebenspartner einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft unmittelbar vor oder während der Erziehungszeiten für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

bitte weiter bei Ziffer 6.3

6.2.1 Bestanden für Sie oder Ihren Ehegatten / Lebenspartner einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft unmittelbar vor oder während der Erziehungszeiten außerhalb Deutschlands außer zu einem Arbeitgeber außerhalb Deutschlands auch vertragliche oder dienstrechtliche Beziehungen zu einem Arbeitgeber / Dienstherrn in Deutschland?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

bitte kurz erläutern

6.3 Bei Erziehung außerhalb Deutschlands, aber in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz: Haben Sie vor, während oder nach den Erziehungszeiten eine Beschäftigung / Tätigkeit in Deutschland oder in der EU / dem EWR beziehungsweise in der Schweiz ausgeübt oder dort Versicherungszeiten oder Wohnzeiten erworben?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Staat

Versicherungsträger

Versicherungsnummer / Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Asylberechtigter / Kontingentflüchtling / heimatloser Ausländer

7.1 Sind Sie als Asylberechtigter, Kontingentflüchtling oder heimatloser Ausländer anerkannt?

nein ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen

8 Vertriebener / Spätaussiedler

8.1 Sind Sie als Vertriebener oder Spätaussiedler beziehungsweise als Ehegatte oder Abkömmling eines Spätaussiedlers anerkannt?

nein ja, bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen, bitte weiter bei Ziffer 9

8.1.1 Wurde die Vertriebeneneigenschaft / Spätaussiedlereigenschaft abgelehnt?

nein ja, bitte Ablehnungsbescheid / Urteil beifügen

9 Angaben zur Staatsangehörigkeit bei Erziehung in Deutschland

9.1 Welche Staatsangehörigkeit hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland?

deutsch (Die Beantwortung der Frage 9.2 entfällt.)

deutsch aufgrund erfolgter Einbürgerung (bitte Einbürgerungsurkunde beifügen)

andere: _____

9.2 Welchen ausländerrechtlichen Status hatten Sie während der in Ziffer 2 angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland?

Aufenthaltstitel

wurden erteilt am

Tag	Monat	Jahr

 (entsprechende Bescheinigungen bitte beifügen)

wurde nicht beantragt

wurde beantragt, aber noch nicht erteilt



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

10 Ausnahmen bei Erziehung in Deutschland

10.1 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland bei einer überstaatlichen oder zwischenstaatlichen Organisation beschäftigt (zum Beispiel ESA, Europäische Gemeinschaften)?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 bei _____

10.2 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der sowjetischen Streitkräfte, eine dem zivilen Gefolge gleichgestellte Person, Mitglied der alliierten Behörden und Streitkräfte in Berlin (West) oder Familienangehöriger einer dieser Personenkreise?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 bei _____

10.3 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland Angehöriger des Personals einer ausländischen amtlichen Vertretung (zum Beispiel Botschaft, Konsulat) oder waren Sie Familienangehöriger dieses Personals?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 bei _____

10.4 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der angegebenen Erziehungszeiten in Deutschland von einem Arbeitgeber mit Sitz im Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entsandt oder waren Sie im Rahmen Ihrer im Ausland ausgeübten selbständigen Erwerbstätigkeit für eine begrenzte Zeit in Deutschland tätig?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

 Arbeitgeber _____

Beschäftigungsstelle _____



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

10.5 Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der in Ziffer 2 angegebenen Kinder oder während der in Deutschland angegebenen Erziehungszeiten in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt oder tätig und wurden für diese Beschäftigung oder Tätigkeit aufgrund einer Ausnahmereinbarung im Sinne des überstaatlichen und zwischenstaatlichen Rechts (Europarecht, Sozialversicherungsabkommen) Pflichtbeiträge zur deutschen Rentenversicherung nicht gezahlt?

nein ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Ausnahmereinbarung wurde ausgestellt von _____

ausgestellt am

Tag	Monat	Jahr

Aktenzeichen _____

11 Angaben zur Kindererziehung

Die Fragen der Ziffer 11 sind für in Ziffer 2 angegebene leibliche Kinder / Adoptivkinder zu beantworten.

Bei Antragstellung durch den Vater / Lebenspartner beziehungsweise die Lebenspartnerin einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft / gleichgeschlechtliche Ehegatten ist für jedes in Ziffer 2 angegebene leibliche Kind / Adoptivkind zusätzlich ein Vordruck V0805 auszufüllen.

In diesen Fällen entfällt die Beantwortung der Fragen 11.1 - 11.3.

11.1 Wurden die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten gemeinsam oder allein, mit oder ohne Unterbrechung erzogen? Eine Unterbrechung der Erziehung liegt zum Beispiel vor, wenn das Kind durch eine andere Person erzogen wurde, sich außerhalb Deutschlands aufgehalten hat oder auf gerichtliche Anordnung in einem Heim untergebracht war.

Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung gemeinsam mit dem anderen Elternteil. Bitte weiter bei Ziffer 11.2.
 Die Erziehung erfolgte ohne Unterbrechung allein. Bitte weiter bei Ziffer 13.
 Die Erziehung erfolgte mit Unterbrechung. Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
 Die Erziehung erfolgte teilweise allein und teilweise gemeinsam mit dem anderen Elternteil (zum Beispiel wegen Trennung, Tod des anderen Elternteils). Für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.

11.2 Hat der andere Elternteil die in Ziffer 2 angegebenen Kinder in den angegebenen Erziehungszeiten überwiegend erzogen?

nein, die Bestätigung des anderen Elternteils ist erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 11.3.
 teilweise, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.
 ja, für jedes in Ziffer 2 angegebene Kind ist ein Vordruck V0805 auszufüllen. Bitte weiter bei Ziffer 12.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

11.3 Angaben zum Elternteil, der den Antrag nicht stellt (bitte Erläuterungen beachten)		
Name		Vorname
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)
Geburtsdatum	Versicherungsnummer	
Es wird bestätigt, dass die Angaben zur Erziehung den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen.		
Unterschrift des anderen Elternteils		
Datum, Unterschrift des Elternteils, der den Antrag nicht stellt		
<input type="checkbox"/> Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, wird auf einer Kopie dieses Antrags nachgereicht.		
<input type="checkbox"/> Die Bestätigung des Elternteils, der den Antrag nicht stellt, kann aus folgendem Grund nicht erfolgen:		
<input type="checkbox"/> Der andere Elternteil ist verstorben.		
<input type="checkbox"/> Der Aufenthaltsort des anderen Elternteils ist unbekannt.		
<input type="checkbox"/> Sonstige Gründe:		

12 Angaben zu übereinstimmenden Erklärungen

12.1 Haben Sie oder der andere Elternteil für die in Ziffer 2 angegebenen Kinder eine übereinstimmende Erklärung über die Zuordnung der Erziehungszeiten zu einem anderen Elternteil bei einem Rentenversicherungsträger oder einem Versorgungsträger (zum Beispiel Beamter / Richter) abgegeben?	
<input type="checkbox"/>	nein
	Name des Rentenversicherungsträgers / Versorgungsträgers
<input type="checkbox"/>	ja

13 Dokumentenzugang

13.1 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	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

13.2 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)

14 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift des Elternteils, der den Antrag stellt

15 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1) werden bestätigt durch:

Personalausweis Reisepass

Stempel

Datum, Unterschrift

Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2

Kind / Kinder

Es lag vor:

Geburtsurkunde Familienbuch / Stammbuch

Stempel

Datum, Unterschrift



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

Fragebogen zur Klärung und Prüfung von Zeiten im Beitrittsgebiet

V0700

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

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
----------------------------	--------------

Beweismittel bitte beifügen

2 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste beziehungsweise Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen?

vom - bis damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort

nein ja _____

3 Waren Sie in der Zeit vom 1.7.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?

vom - bis Aufenthaltsort

nein ja _____

4 Haben Sie einem Zusatzversorgungssystem oder Sonderversorgungssystem angehört beziehungsweise eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?

vom - bis Versorgungssystem

nein ja _____

Art der Ausbildung beziehungsweise des ausgeübten Berufs

5 Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (zum Beispiel Offizier im besonderen Einsatz - OibE / Hauptamtlicher Inoffizieller Mitarbeiter - HIM)?

vom - bis

nein ja _____

6 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.2.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die gegebenenfalls auch abgefunden wurden?

vom - bis bei

nein ja _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

7 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

8 Haben Sie Zeiten des Freiheitsentzugs erlitten, für die eine Rehabilitierung oder Kassation erfolgt ist?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9

vom - bis

ja

8.1 Waren Sie im Anschluss an den Freiheitsentzug krank oder arbeitslos?

vom - bis

nein ja

9 Sind Sie aus der ehemaligen DDR oder Berlin (Ost) geflüchtet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10

vom - bis

ja

Ausweis für Vertriebene und Flüchtlinge **C** ist beigefügt.

9.1 Waren Sie im Anschluss an die Flucht arbeitsunfähig oder unverschuldet arbeitslos?

vom - bis

nein ja

10 Haben Sie eine Rente aus der Sozialversicherung oder nach § 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (zum Beispiel Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen oder eine befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes) bezogen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

vom - bis

ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen

10.1 Waren Sie während des Rentenbezugs abhängig beschäftigt oder selbständig tätig?

vom - bis

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Beweismittel bitte beifügen

11 Sind die im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegten Zeiten (einschließlich Beitragszeiten zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung - FZR) im Sozialversicherungsausweis **vollständig** enthalten?

nein

ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen und bitte weiter bei Ziffer 23

12 Wurde anlässlich der Geburt eines Kindes der gesetzliche Mutterschaftsurlaub (zum Beispiel Freistellung bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes) in Anspruch genommen?

vom - bis

nein ja

vom - bis

13 Berufliche Qualifikation

Beweismittel bitte beifügen

13.1 Welche berufliche Qualifikation haben Sie erworben?

Facharbeiter / qualifizierter Arbeiter

Ausbildungsstätte

Ausbildungsdauer vom - bis

Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am

Meister

Ausbildungsstätte

Ausbildungsdauer vom - bis

Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am

Fachschulabschluss beziehungsweise Technikerabschluss (mittlere Berufsausbildung)

Ausbildungsstätte

Ausbildungsdauer vom - bis

Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am

Hochschulabschluss

Ausbildungsstätte

Ausbildungsdauer vom - bis

Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 13.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/>	sonstige Qualifikation Qualifikation als _____ Ausbildungsstätte _____ Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____
--------------------------	---

keine, bitte weiter bei Ziffer 13.3

13.2 Waren Sie gegebenenfalls nach dem Erwerb einer dieser Qualifikationen noch zu Ausbildungszwecken (zum Beispiel Praktikum, Vorbereitungsdienst) beschäftigt?

vom - bis _____

nein ja _____

13.3 Wurden Beiträge aufgrund einer Schulausbildung, Fachschulausbildung oder Hochschulausbildung gezahlt ("Studentenversicherung")?

vom - bis _____

nein ja _____

14 Haben Sie als Wehrpflichtiger nach dem 23.1.1962 Grundwehrdienst oder Ersatzdienst geleistet?

vom - bis _____

nein ja _____

15 Bestand ein mindestens zehnjähriges ununterbrochenes Beschäftigungsverhältnis bei demselben Arbeitgeber - in demselben Betrieb?

vom - bis _____

Arbeitgeber / Betrieb _____

nein ja _____

vom - bis _____

Arbeitgeber / Betrieb _____

16 Waren Sie Kirchenbediensteter, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften oder Ordensmitglied?

nein, bitte weiter bei Ziffer 17

vom - bis _____

Art der Tätigkeit _____

ja _____
Name der Religionsgesellschaft oder des Ordens

16.1 Wurden Zeiten aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Religionsgesellschaft und der ehemaligen DDR in der Sozialversicherung (Rentenversicherung) berücksichtigt?

vom - bis _____

nein ja _____



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

Beweismittel bitte beifügen

17 Waren Sie als Selbständiger oder Unternehmer tätig?

nein, bitte weiter bei Ziffer 18

vom - bis als

ja _____

17.1 Haben Sie Personen (ohne mitarbeitende Familienmitglieder und ohne Lehrlinge ohne Entgelt) regelmäßig beschäftigt?

Anzahl in welcher Berufsstellung

nein ja _____

17.2 Handelte es sich um ein Gesellschaftsunternehmen? Gegebenenfalls welche Stellung hatten Sie als Gesellschafter?

Unternehmensform (zum Beispiel OHG, KG, Betrieb mit staatlicher Beteiligung)

nein ja _____

Stellung als Gesellschafter (zum Beispiel Komplementär, Kommanditist) Höhe der Beteiligung

18 Waren Sie Mitglied einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft oder einer Produktionsgenossenschaft des Handwerks?

vom - bis

nein ja _____

19 Haben Sie freiwillige Beiträge gezahlt?

vom - bis monatliche Beitragshöhe

nein ja _____

20 Haben Sie in der Zeit vom 1.3.1971 bis 30.6.1990 Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt?

vom - bis

nein ja _____



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

21 Hinweise zur nachfolgenden Beschäftigungsaufstellung für sämtliche nicht nachgewiesene Zeiten
Die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse bitten wir lückenlos in ihrer zeitlichen Reihenfolge aufzuführen und die ausgeübte Tätigkeit genau zu bezeichnen (keine Sammelbegriffe wie Angestellter, sondern zum Beispiel Lohnbuchhalter, technischer Zeichner).

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des maßgebenden Wirtschaftsbereichs; sie sind nur für Zeiten ab 1.1.1950 notwendig. Geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbszweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (zum Beispiel Herstellung von Fernsehgeräten, Herstellung von Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (zum Beispiel eines Kombinats), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte anhand der nachfolgenden Übersicht die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in den der Betrieb beziehungsweise die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

In Spalte 7 geben Sie bitte gegebenenfalls Vollzeitbeschäftigung an. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden sowie die volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche anzugeben.

Wirtschaftsbereiche

1	Energieindustrie, Brennstoffindustrie einschließlich Kohlebergbau (Steinkohlenindustrie, Braunkohlenindustrie, Kokereien)	13	produzierendes Handwerk
		14	Land- und Forstwirtschaft
2	chemische Industrie einschließlich Salzbergbau (zum Beispiel Kalisalzindustrie, Steinsalzindustrie)	15	Verkehr
		16	Postwesen und Fernmeldewesen
3	Metallurgie einschließlich Erzbergbau	17	Handel
4	Baumaterialienindustrie	18	Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Sozialwesen
5	Wasserwirtschaft	19	Wissenschaft, Hochschulwesen, Fachschulwesen
6	Maschinenbau, Fahrzeugbau	20	staatliche Verwaltung, gesellschaftliche Organisationen
7	Elektrotechnik, Elektronik, Gerätebau		
8	Leichtindustrie (Holzindustrie, Glasindustrie, Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie)		
9	Textilindustrie (zum Beispiel Faserherstellung, Garnherstellung, Stoffherstellung)	21	sonstige nichtproduzierende Bereiche (zum Beispiel Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)
10	Lebensmittelindustrie	22	landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Bereich 14 zuzuordnen)
11	Bauwirtschaft		
12	sonstige produzierende Bereiche (zum Beispiel Verlage, Forschungszentren der Industrie)	23	Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

22 Beschäftigungsaufstellung für sämtliche nicht nachgewiesene Zeiten

	1	2	3	4
	Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Name und Sitz des Arbeitgebers / Unternehmers	nur für Zeiten ab 1.1.1950 Haupterwerbszweck beziehungsweise Funktion des Betriebes (gegebenenfalls der größeren Unternehmenseinheit)	
Wirtschaftsbereich (Nummer aus der vorstehenden Übersicht)				
Beispiel	1.4.1959 - 31.10.1959	VEB Hydraulik, Rochlitz (Betrieb im Kombinat ORSTA)	Herstellung von Hydraulikteilen	6
a				
b				
c				
d				
e				
f				
g				
h				
i				
j				

Sofern sich der Name während der vorstehend aufgeführten Zeiten geändert hat, bitte den jeweiligen Namen hier eintragen:

Zeile	Name	Zeile	Name
-------	------	-------	------



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte
beifügen**

- Fortsetzung -

	5	6	7		
	Art der Tätigkeit	Arbeitsentgelt Höhe des wöchentlichen / monatlichen Entgelts	wöchentliche Arbeitszeit		
Vollzeit- beschäfti- gung			nur für Zeiten ab 1.1.1950 bei Vorliegen von Teilzeitbeschäftigung		
			tatsächliche	wöchentliche	volle betriebliche
			Arbeitszeit in Stunden	Arbeitszeit in Stunden	Arbeitszeit in Stunden pro Woche
Beispiel	Buchhalter	monatlich 650 M	<input checked="checked" type="checkbox"/>		
a			<input type="checkbox"/>		
b			<input type="checkbox"/>		
c			<input type="checkbox"/>		
d			<input type="checkbox"/>		
e			<input type="checkbox"/>		
f			<input type="checkbox"/>		
g			<input type="checkbox"/>		
h			<input type="checkbox"/>		
i			<input type="checkbox"/>		
j			<input type="checkbox"/>		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

23 Hinweise zu Beweismitteln

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, Fotokopien einzusenden, sofern wir nicht ausdrücklich Originalunterlagen oder Fotokopien beziehungsweise Abschriften anfordern, auf denen die Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist.

Besitzen Sie noch Versicherungsunterlagen (Versichertenausweise und Versicherungsausweise, Ausweise für Arbeit und Sozialversicherung, Versicherungskarten, Beitragsbescheinigungen, Einzahlungsquittungen), bitten wir, diese einzusenden.

Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht.

Haben Sie keine Versicherungsunterlagen und sind solche auch nicht zu erlangen, genügt es, wenn die Beitragszeiten unter anderem durch Arbeitszeugnisse, Arbeitsbücher, Arbeitgeberbescheinigungen, Gehaltsbescheinigungen, Erklärungen früherer Mitarbeiter oder anderer Zeugen (nach Möglichkeit mehrere) glaubhaft gemacht werden.

In Fotokopien des Ausweises für Arbeit und Sozialversicherung können Sie die Daten unkenntlich machen, die für den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich sind. Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Ist eine Bestätigung (keine amtliche Beglaubigung) erforderlich, kann diese durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater oder Versichertenälteste, durch die anderen Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen), durch die Versicherungsämter beziehungsweise die Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen oder die deutschen Auslandsvertretungen vorgenommen werden; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht nicht aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst, einer Kirchenbehörde oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird.

24 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel



**Deutsche
Rentenversicherung**

R0500

Antrag auf Hinterbliebenenrente

Bei Antrag auf große Witwenrente / Witwerrente im Anschluss an kleine Witwenrente / Witwerrente bitte Vordruck R0505 verwenden.

Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente nach Wegfall einer Witwenrente / Witwerrente bitte Vordruck R0506 verwenden.

Bei Antrag auf Waisenrente, wenn Sie bereits eine Waisenrente erhalten haben, bitte Vordruck R0615 verwenden.

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

<input type="checkbox"/>	Kleine Witwenrente / Witwerrente		20
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		21
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des maßgebenden Lebensalters wegen Erwerbsminderung		21
	Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen	
<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an den geschiedenen Ehegatten	Vordruck R0630 bitte beifügen	21
<input type="checkbox"/>	Halbwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	25
<input type="checkbox"/>	Vollwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	26



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Sterbeurkunde bitte beifügen (nur erforderlich, wenn das Sterbedatum nicht unter Ziffer 18 bestätigt wurde)

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort	Geburtsland	Sterbedatum	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.5.1990: letzter Wohnsitz			
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		Tag Monat Jahr	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)			
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)			

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

des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise - bei Waisenrente nur, wenn keine Witwenrente / Witwerrente beantragt wird

Name		Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsort	Geburtsland		
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)			



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

--	--	--

noch Ziffer 3

Straße, Hausnummer			
Adresszusatz			
Postleitzahl	Wohnort		
Land			
Telefon	Telefax		
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)			
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)			
Zuzug aus dem Ausland?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am		
	Tag Monat Jahr		
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)			
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)			
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person			
3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?			
Versicherungsträger			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?			
Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente			
3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?			
<input type="checkbox"/> Ehe <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft			
3.2.1 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.)			
Tag	Monat	Jahr	bitte Kopie der Heirats- oder Eheurkunde, Lebenspartnerschaftserklärung oder -urkunde beifügen (nur erforderlich, wenn der Tag unter Ziffer 18 nicht bestätigt wurde)
3.2.2 Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 4

ja, am

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

3.2.4 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 15

4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon	Telefax	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

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.**

6 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 6.2)

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Hat der Versicherte **Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind (zum Beispiel auch als Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, geringfügig entlohnter Beschäftigter - Minijobber -, nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.2

ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:

Beitragszeiten vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

genaue Bezeichnung der Tätigkeit

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

noch Ziffer 6.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/>	Beitragszeiten	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	 genaue Bezeichnung der Tätigkeit	
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn											
Anschrift											
zuständige Krankenkasse											
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	 pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse											
<input type="checkbox"/>	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr	 pflegebedürftige Person (Name, Vorname)	Geburtsdatum
zuständige Pflegekasse											
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
<input type="checkbox"/>	selbständige Tätigkeit	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr		
6.2 Hat der Versicherte Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?											
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen											



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

--	--	--	--	--

Beweismittel bitte beifügen

6.3 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							Tag	Monat	Jahr							

 bis

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

Tag der Abschlussprüfung

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

Art der Berufsausbildung

vom

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

 bis

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

Tag der Abschlussprüfung

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

Art der Berufsausbildung

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

sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

6.4 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							Tag	Monat	Jahr							

 bis

Tag	Monat	Jahr							Tag	Monat	Jahr							

Art der Leistung

Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

7 **Zeiten im Ausland oder bei internationalen Organisationen**

Beweismittel bitte beifügen

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.5

ja



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Beweismittel bitte beifügen

7.2 Hat der Versicherte Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil im Ausland gearbeitet wurde)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

nein ja, vom

 bis

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

7.3 Hat sich der Versicherte nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

nein ja, vom

 bis

Staat

7.4 War der Versicherte Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein ja, für Zeiten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind, **bitte**
Vordruck V0710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien
(beziehungsweise in Bosnien-Herzegowina, im Kosovo, in Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien oder Slowenien) oder der Tschechoslowakei (beziehungsweise in Tschechien oder der Slowakei),
Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan),
Vordruck V0712 für Zeiten in Rumänien,
Vordruck V0720 für Zeiten in Polen
ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 7.6

7.5 Hat der Versicherte Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6
 ja

7.5.1 Sind diese Zeiten im Versicherungsverlauf enthalten?

nein, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**, bitte weiter bei Ziffer 7.6
 ja

7.5.2 Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein ja



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
		Beschäftigungsort							
		Name und Hauptsitz der internationalen Organisation							

8 Anrechnungszeiten

(zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

8.1 Hat der Versicherte **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein ja, **bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen**

9 Angaben zu Kindern

9.1 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.

9.2 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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
		Kindschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> leibliches Kind / Adoptivkind <input type="checkbox"/> Pflegekind							
		<input type="checkbox"/> zum Haushalt gehörendes Stiefkind							
		Bescheid über Pflegeleistungen <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht							

Bitte nur ausfüllen bei Witwenrente / Witwerrente, 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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10

ja, ich habe ____ Kind / Kinder erzogen

9.3.1 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)

10 Sonstige Angaben

Bitte ausfüllen, wenn der Versicherte bis zum Tod eine Rente bezogen hat

10.1 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") beantragt?

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

10.2 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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.4

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

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

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

10.4 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?

Ursache

nein ja

anerkannt von

Aktenzeichen

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

nein ja,

bitte Vordruck R0860 ausfüllen und beifügen, wenn Sie nach dem 6.5.1996 nach Deutschland zugezogen sind oder sich im Ausland aufhalten,
Vordruck R0865 ausfüllen und beifügen, wenn der Versicherte in der Sowjetunion (beziehungsweise in Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Estland, Georgien, Kasachstan, Kirgisistan, Lettland, Litauen, der Republik Moldau, der Russischen Föderation, Tadschikistan, Turkmenistan, der Ukraine oder Usbekistan) gearbeitet hat.

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

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.7

ja, Unfalltag

Tag	Monat	Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

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

nein ja, am

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Bitte ausfüllen, wenn beide Ehegatten / die früheren Ehegatten vor dem 1.1.1936 geboren sind und die Ehe vor dem 1.1.1986 geschlossen wurde

10.7 Wurde gegenüber einem Rentenversicherungsträger / Unfallversicherungsträger eine **gemeinsame Erklärung** abgegeben, dass die **am 31.12.1985 geltenden Rechtsvorschriften** für eine Rente an Witwen, Witwer, frühere Ehegatten **anzuwenden** sind?

Versicherungsträger (Name, Anschrift)

nein ja

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente beantragt und Ziffer 10.7 bejaht wird oder wenn die Versicherte vor dem 1.1.1986 verstorben ist

10.8 Hat die Versicherte den Unterhalt ihrer Familie **überwiegend** bestritten?

nein ja, **bitte Vordruck R0690 ausfüllen und** zusammen mit **Unterhaltsnachweisen beifügen**

Bitte ausfüllen, wenn Witwenrente / Witwenrente beantragt wird und die Ehe nach dem 31.12.2001 geschlossen / die Eingetragene Lebenspartnerschaft nach dem 31.12.2001 begründet wurde

10.9 Hat die Ehe / Lebenspartnerschaft mindestens ein Jahr gedauert?

nein, **bitte Vordruck R0510 ausfüllen und beifügen**

ja

11 Angaben zum Einkommen bei Witwenrente / Witwenrente

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.

11.1 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**



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12 Andere Leistungen

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

12.1 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)

12.2 Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

Die Angaben sind **auch** dann erforderlich, wenn **unterhaltsberechtigzte 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

12.3 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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

12.4 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

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

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

12.5 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

12.6 Leistungen von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

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)

12.7 Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen

12.8 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, Kriegsoffiziersfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz)

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

13 Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei Witwenrente / Witwerrente

13.1 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 beigelegt wurde weitergeleitet wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja

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

nein ja

13.2.2 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)

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, bitte weiter bei Ziffer 13.2.4

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 13.2.5

13.2.4 Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

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)

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

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

13.2.6 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

14 Pflegeversicherung

Bitte ausfüllen, wenn Sie nach 1939 geboren sind:

14.1 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

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht**, wenn die **Angaben** unter Ziffer 18 **bestätigt** werden.



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

15 Dokumentenzugang

15.1 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:
-

15.2 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)

16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können. Während der verbleibenden Lücken im Versicherungsverlauf wurden keine Beitragszeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

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

- eine Leistung nach Ziffer 12 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**:

- 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),
- jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- 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),
- 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),
- 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),



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

- 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

17 Anlagen

Vordruck _____

Vollmacht / Beschluss des Gerichts _____

18 Bestätigungsvermerk

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

gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Die Angaben zum

Geburtsdatum des verstorbenen Versicherten werden bestätigt.

Sterbedatum werden bestätigt.

Tag der Eheschließung / Begründung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt.

Aus der Sterbeurkunde ergibt sich, dass die hinterbliebene Person mit dem / der Verstorbenen zum Zeitpunkt des Todes verheiratet war beziehungsweise in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gelebt hat.

ja

nein, die Sterbeurkunde enthält keine Angaben über den die Rente beantragenden Ehegatten / Lebenspartner, deshalb muss die Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde **nach dem Tod** ausgestellt sein

Heiratsurkunde / Eheurkunde / Erklärung oder Urkunde
zur Lebenspartnerschaft ausgestellt am

Tag	Monat	Jahr

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 14) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes Familienbuch / Familienstammbuch

Es ist beigelegt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Anlage zum Antrag auf Hinterbliebenenrente / Erziehungsrente - Angaben zum Einkommen -

R0660

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) 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).

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

Ausfüllhinweis

Nachstehend ist das Einkommen der Witwe / des Witwers / des Eingetragenen Lebenspartners / des geschiedenen Ehegatten oder des Antragstellers auf eine Erziehungsrente ab Beginn der Rente und im Kalenderjahr vor dem Beginn der Rente anzugeben. Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene beziehungsweise Todesfallleistungen.

- Die Hinterbliebenenrenten sind ab Todestag zu zahlen, wenn der Versicherte bis zu seinem Tode keine Versichertenrente erhalten hat. Hat der Versicherte bis zu seinem Tode eine Rente bezogen, beginnen die Hinterbliebenenrenten am Ersten des Monats, der auf den Sterbemonat folgt.
- Die Hinterbliebenenrente an den geschiedenen Ehegatten beginnt stets am Ersten des Monats, der auf den Antragsmonat folgt.
- Eine Erziehungsrente wird von dem Kalendermonat an geleistet, zu dessen Beginn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, wenn die Rente bis zum Ende des 3. Kalendermonats nach Ablauf dieses Monats beantragt wird. Bei späterer Antragstellung wird eine Erziehungsrente vom Antragsmonat an geleistet.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Geburtsdatum	

2 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / des Eingetragenen Lebenspartners / des geschiedenen Ehegatten / des Antragstellers auf Erziehungsrente

Name	Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Geburtsdatum	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

3 Arbeitsentgelt

Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** aus einem oder mehreren - gegebenenfalls auch geringfügigen - Beschäftigungsverhältnissen (zum Beispiel als Arbeitnehmer, Beamter, DO-Angestellter) Arbeitsentgelt (auch Arbeitgeberzuschuss zum Krankengeld), gegebenenfalls auch im Ausland?

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name und Anschrift des Arbeitgebers

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name und Anschrift des Arbeitgebers

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Name und Anschrift des Arbeitgebers

bitte die Bescheinigung des jeweiligen Arbeitgebers (Vordruck R0665, bei Altersteilzeitarbeit Vordruck R0664) beifügen

Vordruck R0664 ist beigefügt wird nachgereicht

Vordruck R0665 ist beigefügt wird nachgereicht

4 Arbeitseinkommen

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?

Hierzu gehören auch Einkünfte aus Energieanlagen mit erneuerbarer Energie (zum Beispiel Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter).

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Selbständigkeit

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Selbständigkeit

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art der Selbständigkeit

bitte Vordruck R0666 (Arbeitseinkommen) beifügen

Vordruck R0666 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

5 Vergleichbares Einkommen

Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** eine der nachstehend genannten Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

bitte die Bescheinigung der zahlenden Stelle (Vordruck R0670) oder bei ausländischen Leistungen Bescheid oder Bescheinigung der bewilligenden Stelle beifügen

<p>5.1 Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>beantragt am <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>zahlende Stelle (Name, Anschrift)</p> <p>Aktenzeichen</p> <p>Vordruck R0670 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																
<p>5.2 Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses beziehungsweise Überbrückungsgeld von einem Arbeitgeber</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>beantragt am <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>zahlende Stelle (Name, Anschrift)</p> <p>Aktenzeichen</p> <p>Vordruck R0670 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																
<p>5.3 Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel Minister, Parlamentarischer Staatssekretär); bei Ruhegehalt oder vergleichbaren Bezügen bitte Ziffer 7.4 ausfüllen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bis <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>beantragt am <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>zahlende Stelle (Name, Anschrift)</p> <p>Aktenzeichen</p> <p>Vordruck R0670 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht</p>	Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																
Tag	Monat	Jahr																



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

5.4 Entschädigungen für Abgeordnete

nein ja vom

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

 bis

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

beantragt am

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

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ist beigefügt wird nachgereicht

5.5 Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

nein ja vom

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

 bis

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

beantragt am

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

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ist beigefügt wird nachgereicht

5.6 Sonstige Leistungen (zum Beispiel vom Arbeitgeber gezahlte Ausbildungsbeihilfe oder Studienbeihilfe an Teilnehmer dualer Studiengänge)

nein ja vom

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

 bis

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

beantragt am

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

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

5.7 Leistungen von einer Stelle im Ausland

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

bewilligende Stelle im Ausland (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat

6 Kurzfristiges Erwerbseinkommen

Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** eine der nachstehend genannten Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

Bitte fügen Sie die angegebenen Vordrucke oder Unterlagen bei.

Bei ausländischen Leistungen bitte Bescheid oder Bescheinigung der bewilligenden Stelle beifügen.

6.1 Krankengeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beifügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

6.2 Verletztengeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.3 Krankengeld der Sozialen Entschädigung / Versorgungskrankengeld; Krankengeld der Soldatenentschädigung

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.4 Mutterschaftsgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

6.5 Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.6 Übergangsgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.7 Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

6.8 Kurzarbeitergeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Bescheinigung des Arbeitgebers
(**Vordruck R0665**, bei Altersteilzeitarbeit
Vordruck R0664) ist beigefügt wird nachgereicht

6.9 Qualifizierungsgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Vordruck R0665 ist beigefügt wird nachgereicht

6.10 Arbeitslosengeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

bitte Bewilligungsbescheid beifügen

6.11 Arbeitslosenbeihilfe (§ 86a Gesetz über die Versorgung für die ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihre Hinterbliebenen - Soldatenversorgungsgesetz)

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

6.12 Insolvenzgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.13 Pflegeunterstützungsgeld

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.14 Gründungszuschuss

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

6.15 Überbrückungsgeld der Seemannskasse

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.16 Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

6.17 Leistungen von einer Stelle im Ausland

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

bewilligende Stelle im Ausland (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Die Fragen der Ziffern 6.18 und 6.19 bitte nur beantworten, wenn

- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **nach** dem 31.12.2001 geschlossen beziehungsweise begründet wurde
oder
- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **vor** dem 1.1.2002 geschlossen beziehungsweise begründet wurde **und** beide Ehegatten beziehungsweise Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind, wenn der versicherte Ehegatte beziehungsweise Lebenspartner nach dem 31.12.2001 verstorben ist.

Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** eine der nachstehend genannten Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt?

6.18 Privates Krankengeld / Krankentagegeld oder privates Arbeitslosengeld, gegebenenfalls auch im Ausland

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

Bei ausländischen Leistungen bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat.

6.19 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Streikgelder, Aussperrungsunterstützungen), gegebenenfalls auch im Ausland

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0675 ist beigefügt wird nachgereicht

Bei ausländischen Leistungen bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat.



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Bei Leistungen nach Ziffern 6.1 bis 6.7 und 6.10 bis 6.19 bitte Ziffer 6.20 beantworten.

6.20 Werden von Ihnen aufgrund dieser Leistungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung (dazu gehört auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag), Pflegeversicherung (dazu gehört auch der Beitragszuschlag für Kinderlose), Arbeitslosenversicherung oder an ein privates Krankenversicherungsunternehmen selbst gezahlt?

nein ja, zu folgendem Versicherungsweig

ja, zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

bitte Nachweise beifügen

7 Dauerhaftes Erwerbseinkommen

Beziehen oder bezogen Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** eine der nachstehend genannten Leistungen oder haben Sie eine dieser Leistungen beantragt? Anzugeben sind nur "eigene" Einkünfte, keine Leistungen an Hinterbliebene beziehungsweise Todesfallleistungen.

Soweit erforderlich, **bitte die Bescheinigung (Vordruck R3073 oder R3074) von der zahlenden Stelle ausfüllen lassen.**

Bei ausländischen Leistungen bitte den Bescheid oder die Bescheinigung der bewilligenden Stelle beifügen.

7.1 Rente aus eigener Versicherung aus der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich Rente für Bergleute, Knappschaftsausgleichsleistung, **Anpassungsgeld** für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus, **Anpassungsgeld** an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Braunkohlentagebaus und der Stein- und Braunkohleanlagen

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

nein ja

Versicherungsnummer

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

7.2 Altersrente oder Rente wegen Erwerbsminderung der Alterssicherung der Landwirte, die an ehemalige Landwirte oder mitarbeitende Familienangehörige gezahlt wird

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

nein ja

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3073 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

7.3 Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.4
zahlende Stelle (Name, Anschrift)

ja
Aktenzeichen

Vordruck R3073 ist beigefügt wird nachgereicht

7.3.1 Werden von Ihnen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung (dazu gehört auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag), Pflegeversicherung (dazu gehört auch der Beitragszuschlag für Kinderlose), Arbeitslosenversicherung oder an ein privates Krankenversicherungsunternehmen selbst gezahlt?

nein ja, zu folgendem Versicherungszweig

ja, zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

bitte Nachweise beifügen

7.4 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 Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz)

Art der Leistung

nein ja
zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3073 ist beigefügt wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

7.5 Renten der öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtungen oder Versorgungseinrichtungen bestimmter Berufsgruppen (zum Beispiel von den Versorgungswerken der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte, Notare)

Art der Leistung

nein ja

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3073 ist beigefügt wird nachgereicht

7.6 Berufsschadensausgleich

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

nein ja

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3073 ist beigefügt wird nachgereicht

7.7 Leistungen von einer Stelle im Ausland

nein, gegebenenfalls bitte weiter bei Ziffer 7.8

Art der Leistung

ja

bewilligende Stelle im Ausland (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat

7.7.1 Werden von Ihnen aufgrund dieser Leistungen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, Krankenversicherung (dazu gehört auch der kassenindividuelle Zusatzbeitrag), Pflegeversicherung (dazu gehört auch der Beitragszuschlag für Kinderlose), Arbeitslosenversicherung oder an ein privates Krankenversicherungsunternehmen selbst gezahlt?

nein ja, zu folgendem Versicherungszweig

ja, zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

bitte Nachweise beifügen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Fragen der Ziffern 7.8 und 7.9 bitte nur beantworten, wenn

- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **nach** dem 31.12.2001 geschlossen beziehungsweise begründet wurde oder
- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **vor** dem 1.1.2002 geschlossen beziehungsweise begründet wurde **und** beide Ehegatten beziehungsweise Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind, wenn der versicherte Ehegatte beziehungsweise Lebenspartner nach dem 31.12.2001 verstorben ist.

7.8 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, gegebenenfalls auch im Ausland

Art der Leistung

nein ja

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3074 ist beigefügt wird nachgereicht

nicht erforderlich für Leistungen von der VBL
(Daten werden maschinell angefordert)

Bei ausländischen Leistungen bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat.

7.9 Renten wegen Alters oder Erwerbsminderung aus privaten Lebensversicherungen und Rentenversicherungen, allgemeinen Unfallversicherungen sowie sonstige private Versorgungsrenten (Privatrente, zum Beispiel Altenteilsleistungen in der Landwirtschaft), gegebenenfalls auch im Ausland

Art der Leistung

nein ja

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R3074 ist beigefügt wird nachgereicht

Bei Altenteilsleistungen in der Landwirtschaft **bitte den letzten Einkommensteuerbescheid und den Hofübergabevertrag beifügen.**
Der **Vordruck R3074** ist für diese Leistungen nicht erforderlich.

Bei ausländischen Leistungen bitte Bescheid oder Bescheinigung der Stelle beifügen, die die Leistung bewilligt hat.



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Angaben zur Kapitalisierung oder Abfindung

7.10 Wurde eine der unter Ziffern 7.2 bis 7.9 genannten Leistungen kapitalisiert oder anstelle einer wiederkehrenden Leistung eine Abfindung gezahlt?

Art der Leistung

nein ja

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Fragen der Ziffern 8 und 9 bitte nur beantworten, wenn

- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **nach** dem 31.12.2001 geschlossen beziehungsweise begründet wurde
oder
- die Ehe beziehungsweise die Eingetragene Lebenspartnerschaft **vor** dem 1.1.2002 geschlossen beziehungsweise begründet wurde **und** beide Ehegatten beziehungsweise Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind, wenn der versicherte Ehegatte beziehungsweise Lebenspartner nach dem 31.12.2001 verstorben ist.

8 Vermögenseinkommen

Beziehen oder bezogen Sie ab Beginn der Rente wegen Todes beziehungsweise in den letzten 12 Kalendermonaten vor Beginn der Rente wegen Todes eine der nachstehenden Einnahmen? Bitte geben Sie auch vergleichbare ausländische Einnahmen an.

8.1 Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 Einkommensteuergesetz (EStG) ohne Einnahmen aus Versicherungen

8.1.1 Gewinnanteile (Dividenden), sonstige Bezüge aus Aktien oder anderen Beteiligungen, mit denen Gewinnrechte an einer Kapitalgesellschaft verbunden sind

nein ja

8.1.2 Einnahmen aus einer Beteiligung an einem Handelsgewerbe als stiller Gesellschafter

nein ja

8.1.3 Zinsen und Erträge aus sonstigen Kapitalforderungen jeder Art

nein ja

8.1.4 Veräußerung von Wertpapieren bei einem Erwerb nach dem 31.12.2008

nein ja

8.1.5 Termingeschäfte bei einem Vertragsabschluss nach dem 31.12.2008

nein ja

8.1.6 Sonstige Einnahmen aus Kapitalvermögen nach § 20 EStG

nein ja

8.2 Einnahmen aus Versicherungen

8.2.1 Auszahlungen einer Versicherungsleistung nach Vertragserfüllung (nicht dazu zählen Versicherungen, deren Fälligkeit durch den Tod eingetreten ist)

nein ja



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

8.2.2 Rückkauf einer Versicherung

nein ja

8.3 Übersteigen Ihre Einnahmen aus Kapitalvermögen (Ziffer 8.1) und aus Versicherungen (Ziffer 8.2) den Sparer-Pauschbetrag von 1000 EUR?

nein Ich erkläre, dass meine jährlichen Einnahmen aus Kapitalvermögen im Sinne des § 20 EStG und Einnahmen aus Versicherungen den Sparer-Pauschbetrag von 1000 EUR nicht übersteigen.

Mir ist bekannt, dass Einnahmen aus Kapitalvermögen und aus Versicherungen den Zahlbetrag der Rente wegen Todes vermindern können. Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger unverzüglich eine Mitteilung zu geben, sobald meine Einnahmen aus Kapitalvermögen und aus Versicherungen den vorgenannten Betrag übersteigen.

ja **Vordruck R0680** (Einkommen nach Ziffer 8.1) ist beigefügt wird nachgereicht
Vordruck R0682 (Einkommen nach Ziffer 8.2) ist beigefügt wird nachgereicht

8.4 Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung im Sinne des § 21 EStG

nein

ja **Vordruck R0681** ist beigefügt wird nachgereicht

8.5 Gewinne aus privaten Veräußerungsgeschäften im Sinne des § 23 EStG (Veräußerungsgewinne liegen vor, wenn sie mindestens 1000 EUR im Kalenderjahr betragen.)

8.5.1 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 10 Jahren nach Anschaffung

nein

ja, Zahlungseingang des Kaufpreises am

Tag	Monat	Jahr

Einkommensteuerbescheid ist beigefügt wird nachgereicht

8.5.2 Veräußerung anderer Wirtschaftsgüter innerhalb von einem Jahr nach Erwerb (§ 23 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Satz 1 EStG) sowie die verdeckte Einlage (§ 23 Absatz 1 Satz 5 Nummer 2 EStG)

nein

ja, Zahlungseingang des Kaufpreises am

Tag	Monat	Jahr

Einkommensteuerbescheid ist beigefügt wird nachgereicht

9 Elterngeld

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

nein ja, **bitte Bewilligungsbescheid beifügen**



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

10 Angaben zum Einkommen der Antragstellerin / des Antragstellers im letzten Kalenderjahr vor Beginn der Rente (Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, vergleichbares Einkommen, kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen)

Diese Angaben werden nur benötigt, wenn eine der Fragen der Ziffern 3 bis 6.19 mit "ja" beantwortet ist.

Haben Sie **im letzten Kalenderjahr** eine der unter Ziffern 3 bis 6.19 aufgeführten Einkommensarten bezogen? (Letztes Kalenderjahr ist regelmäßig das Kalenderjahr vor dem Beginn der Rente. Hat der Versicherte eine Rente bezogen und ist er im Dezember eines Jahres verstorben, werden die Angaben zu diesem Kalenderjahr erbeten.)

nein ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art des Einkommens

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Art des Einkommens

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

bitte die Bescheinigung der zahlenden Stelle (Vordruck R0664 bei Altersteilzeitarbeit, Vordruck R0665 für Bruttoarbeitsentgelt, Vordruck R0670 für vergleichbares Einkommen, Vordruck R0675 für kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen) beifügen

bei Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit (Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit oder Land- und Forstwirtschaft) **bitte Vordruck R0666 für Arbeitseinkommen beifügen**

Vordruck R0664	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vordruck R0665	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vordruck R0666	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vordruck R0670	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
Vordruck R0675	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
sonstiger Nachweis	<input type="checkbox"/> ist beigelegt	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden 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

- sich eine Änderung in der Höhe meines Einkommens ergibt oder
- eine der unter Ziffern 3 bis 9 genannten Einkommensarten gezahlt oder beantragt wird.

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger die erforderlichen Nachweise über die Höhe meines Erwerbseinkommens bei den von mir unter Ziffer 7 benannten Stellen anfordert.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Anlage zum Antrag auf

R0610

Halbwaisenrente **Vollwaisenrente**

Sterbeurkunden **sämtlicher** Elternteile bitte beifügen

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

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

Folgende Unterlagen bitte immer beifügen: Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise

Darüber hinaus

- bei einem **leiblichen Kind** eines männlichen Versicherten, der zur Zeit der Geburt des Kindes nicht mit der Kindesmutter verheiratet war:
Vaterschaftsanerkennung, gerichtliche Entscheidung oder Auszug aus dem Geburtsregister
- bei einem **Stiefkind**:
Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde des Versicherten und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Pflegekind**:
Nachweis über das Pflegekindschaftsverhältnis und Bescheinigung der Meldebehörde
- bei einem **Enkel, Bruder** oder einer **Schwester**:
Bescheinigung der Meldebehörde, bei einem Enkel zusätzlich den Nachweis des Status "Enkel" zum Beispiel durch **Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde** der Eltern und Großeltern, entsprechende Abstammungsurkunden

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2 Waisen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

2.1 Angaben zur Person		
Waise 1	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		steuerliche Identifikationsnummer der Waise
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Waise 2	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		steuerliche Identifikationsnummer der Waise
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Waise 3	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		steuerliche Identifikationsnummer der Waise
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Waise 4	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	Geburtsdatum
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers		steuerliche Identifikationsnummer der Waise
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

2.2 Ist eine der unter Ziffer 2.1 aufgeführten Waisen aus dem Ausland zugezogen?

nein

Vorname der Waise

Tag Monat Jahr

ja

Zuzug am

aus (Ort, Gebiet, Staat)

nach (Ort, Bundesland)

Vorname der Waise

Tag Monat Jahr

Zuzug am

aus (Ort, Gebiet, Staat)

nach (Ort, Bundesland)

Vorname der Waise

Tag Monat Jahr

Zuzug am

aus (Ort, Gebiet, Staat)

nach (Ort, Bundesland)

Vorname der Waise

Tag Monat Jahr

Zuzug am

aus (Ort, Gebiet, Staat)

nach (Ort, Bundesland)



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

**für jede volljährige Waise bitte
einen Vordruck R0610 ausfüllen**

3 Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat

Angaben zur Person Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt) 																				
Geburtsdatum / Versicherungsnummer Tag Monat Jahr <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																				Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester) 																				
Straße, Hausnummer 																				
Adresszusatz 																				
Postleitzahl <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>											Wohnort 									
Land 																				
Telefon 	Telefax 																			
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																				
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat) 																				
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland) 																				
steuerliche Identifikationsnummer der Waise <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>																				

4 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen) 											
in der Eigenschaft als <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter											
Straße, Hausnummer 											
Adresszusatz 											
Postleitzahl <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td> </tr> </table>											Wohnort
Land 											
Telefon 	Telefax 										



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/>	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.

6 Begründung des Anspruchs

6.1	Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 7
<input type="checkbox"/>	ja
6.2	Die Waisenrente wird beantragt wegen einer
<input type="checkbox"/>	Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen , weiter bei Ziffer 6.3
	Vordruck R0616 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/>	Ableistung eines Freiwilligendienstes vom <input type="text"/> bis <input type="text"/>
	Tag Monat Jahr
<input type="checkbox"/>	Behinderung , bitte weiter bei Ziffer 6.4
nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:	
6.2.1	Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?
<input type="checkbox"/>	nein, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen , weiter bei Ziffer 6.3
	Vordruck R0616 <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Kindergeldbescheid beifügen
	Kindergeldbescheid <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt,
	weil _____



Versicherungsnummer
der / des verstorbene(n) Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

6.2.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

nein, **bitte die Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen**

Vereinbarung ist beigelegt wird nachgereicht

ja

nur bei Ausbildung, Ableistung eines Freiwilligendienstes:

6.3 Haben Sie in den letzten 6 Monaten davor bereits eine Ausbildung oder einen Freiwilligendienst zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.5

ja, Ausbildung bis

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

Tag Monat Jahr

bitte Nachweise beifügen,
weiter bei Ziffer 6.5

Freiwilligendienst bis

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

Tag Monat Jahr

bitte Nachweise über Art, Beginn und Ende des **Freiwilligendienstes** und - sofern in dieser Zeit ein Kindergeldanspruch bestanden hat - den entsprechenden **Kindergeldbescheid beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5

nur bei Behinderung:

6.4 Liegt ein Grad der Behinderung von über 80 mit Merkzeichen H vor, wurde ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt oder sind Sie wegen Ihrer Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen tätig?

nein, **bitte ärztliche Bescheinigung** über die körperliche, geistige oder seelische Behinderung **beifügen**

ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.4.1 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?

nein ja, **bitte Nachweise beifügen**

6.5 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

nein

ja, vom

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

 bis

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

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefelternteile und Pflegeelternteile der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen

Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis
Vorname der Waise
Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile
Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile Tag Monat Jahr
Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)
Kindschaftsverhältnis

8 Bitte ausfüllen, wenn Waisenrente für Stiefkinder und Pflegekinder oder als Enkel, Bruder oder Schwester beantragt wird

8.1 Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt?
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2 Vorname der Waise
<input type="checkbox"/> ja _____ Tag Monat Jahr seit _____ bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen
8.1.1 War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen?
<input type="checkbox"/> nein für (Vorname der Waise)
<input type="checkbox"/> ja _____ Tag Monat Jahr bis wann _____



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8.2 Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod **Kindergeld** nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) / Bundeskindergeldgesetz (BKGG) von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

von welcher Stelle

Aktenzeichen

bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester:

8.3 Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

in welcher Höhe monatlich

EUR

Cent

8.3.1 Haben andere Personen oder Stellen (zum Beispiel Träger der Jugendhilfe) **Unterhaltsleistungen** für eine der Waisen erbracht?

nein

für (Vorname der Waise)

ja

Name, Vorname

Anschrift

zahlende Stelle

in welcher Höhe monatlich

EUR

Cent



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen die Waisen zuletzt eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

9.1 Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

beantragt am

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 Versicherungsnummer

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

Vorname der Waise _____
zahlende Stelle _____

9.2 Waisenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 bis

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

beantragt am

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

 Jahr der Abfindung

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

Vorname der Waise _____
zahlende Stelle _____
Aktenzeichen _____

9.3 Waisengeld nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen, entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis, von einer öffentlich-rechtlichen Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe

nein

Vorname der Waise _____

ja

Name des Elternteils _____

Versorgungsdienststelle _____

Aktenzeichen _____



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.4 Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

9.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

9.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

_____ Art der Leistung

9.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen

9.9 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

_____ zahlende Stelle

_____ Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9.10 Ausbildungsförderung nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung
- Bundesausbildungsförderungsgesetz

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

bei Hochschulbesuch: Name und Anschrift des zuständigen Studentenwerks

Aktenzeichen

9.11 Sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

nein

ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Vorname der Waise

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

10 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

Bitte für jede Waise eine Meldung zur KVdR (Vordruck R0810) ausfüllen

10.1 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 wird nachgereicht wurde weitergeleitet



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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, bitte weiter bei Ziffer 11

ja

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

nein ja

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

nein

Name der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

ja

Anschrift

Land

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

10.2.3 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 10.2.4

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ist beigelegt wird nachgereicht wurde weitergeleitet

bitte weiter bei Ziffer 10.2.5

10.2.4 Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

Vordruck R0822 ist beigelegt wird nachgereicht wurde weitergeleitet



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

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

10.2.6 Ist der Familienangehörige Rentner?

nein ja,

seit _____
Rentenversicherungsträger

Tag Monat Jahr

Versicherungsnummer

11 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

11.1 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

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

ja

Kindschaftsverhältnis

- leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)
- volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)
- Stiefkind
- Pflegekind

Nachweise zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn die Angaben unter Ziffer 16 bestätigt** werden.

Hinweis: Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem EStG beziehungsweise dem BGG nicht aus. Lediglich in bestimmten Einzelfällen kann bei einem über 18 Jahre alten Kind die Waisenrente Auswirkungen auf den Auszahlungsanspruch des Kindergeldes haben. Näheres hierzu erfahren Sie bei der Familienkasse der örtlich zuständigen Agentur für Arbeit - oder falls Sie dem öffentlichen Dienst angehören oder Versorgungsempfänger sind - bei der Stelle, die auch die Bezüge beziehungsweise das Arbeitsentgelt zahlt. Dort können Sie auch den Antrag auf Kindergeld stellen.



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

12 Dokumentenzugang

12.1 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:

12.2 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)

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

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

- eine Leistung nach Ziffer 9 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- die Schulausbildung oder Berufsausbildung beendet oder unterbrochen wird oder
- sich meine Anschrift / der Aufenthaltsort der Waise 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 Europäischen Union sowie Island, Lichtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

- 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

14 Information der Antragstellerin / des Antragstellers bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir **medizinische Daten**, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer Einwilligung erhalten, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter oder Berufsgenossenschaften) oder an Gerichte (zum Beispiel Sozialgericht) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben dürfen**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufenthalten beziehungsweise Rehabilitationsaufenthalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder der privaten Krankenkassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bitte weiter bei Ziffer 15.



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

15 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

15.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

Ich willige ein, dass dem Rentenversicherungsträger von den Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand erteilt werden dürfen, soweit dies für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist. Das schließt Auskünfte ein, die die von mir Benannten von anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten und Einrichtungen hierzu erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verwaltungsverfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. **Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Soweit ich keine Einwilligungserklärung erteile oder diese später ganz oder teilweise widerrufe, hat dies zur Folge, dass erforderliche medizinische Unterlagen direkt über mich angefordert werden. Kann ich dem Rentenversicherungsträger keine ausreichenden Unterlagen vorlegen, ist es möglich, dass über meinen Antrag wegen fehlender Mitwirkung nicht entschieden und ein möglicher Anspruch nach § 66 SGB I versagt oder eine Leistung entzogen werden kann.

Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift der / des Rentenberechtigten erforderlich. Bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person bitte weiter bei Ziffer 15.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

15.2 Einwilligungserklärung der Betreuerin / des Betreuers bei fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

Bei nachgewiesener fehlender Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der betreuten Person ist für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht die Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin / des Betreuers

Eine aktuelle ärztliche Bescheinigung als Nachweis der fehlenden Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der / des Rentenberechtigten

ist beigefügt

wird nachgereicht

**Die dieser Anlage beizufügenden Unterlagen bitten wir im Antrag auf Hinterbliebenenrente
(Vordruck R0500) aufzuführen.**

16 Bestätigungsvermerk

Das **Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung** (siehe Ziffer 11) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:

Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes der Waise

Familienbuch / Familienstammbuch der Waise

Es ist beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden





**Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach
§ 201 Absatz 1 SGB V**

R0810

- Bitte Merkblatt über die KVdR beachten -

Hinweis: Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit die Voraussetzungen für die KVdR geprüft werden können. Die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 206 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 32 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) verpflichtet.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

(bei Anträgen auf Waisenrente bitte für jede Waise jeweils einen Vordruck ausfüllen)

Name		Vorname	
Geburtsname			Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit			
Familienstand		gegebenenfalls Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft	
Versicherungsnummer		Krankenversicherternummer der gesetzlichen Krankenversicherung	
Straße, Hausnummer			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort		Telefax (Angabe freiwillig)

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

<p>2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)?</p> <p>als</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden?</p> <p>wegen</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert?</p> <p>Name, Vorname, Geburtsdatum des Stammversicherten (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p>



2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

nein ja seit _____
Rentenversicherungsträger _____
Versicherungsnummer _____

2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt?

nein ja seit _____
Rentenversicherungsträger, Staat _____
Versicherungsnummer / Aktenzeichen _____

2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt?

nein ja seit _____
Rentenzeichen / Aktenzeichen _____

2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - gegebenenfalls auch aus dem Ausland -?

nein ja Name der Zahlstelle _____
Anschrift _____
Aktenzeichen _____

3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente (bei anderen Rentenarten bitte weiter bei Ziffer 4)

3.1 Waren Sie unmittelbar vor Rentenantragstellung privat krankenversichert?

nein, bitte das Sterbedatum und die Versicherungsnummer des verstorbenen Versicherten angeben
Sterbedatum _____ Versicherungsnummer des Verstorbenen _____
und weiter bei Ziffer 6 beziehungsweise 7
 ja, bitte weiter bei Ziffer 4

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2
Name und Anschrift der Krankenkasse _____
 ja _____
bitte weiter bei Ziffer 5 beziehungsweise 6



4.2 Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

am

Tag	Monat	Jahr

4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden)
- Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1996, geben Sie diese bitte auch an. -

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

ja **Kind 1**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) Stiefkind Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption) Stiefkind Pflegekind



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

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.6
 anerkannt seit _____ Tag _____ Monat _____ Jahr

ja _____ Antrag vom _____ Tag _____ Monat _____ Jahr

4.5.1 Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?

am _____ Tag _____ Monat _____ Jahr

4.6 Sind beziehungsweise waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig?

seit, vom - bis
 nein ja

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten
 (nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwenrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 6)

5.1 Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Sterbedatum _____

Versicherungsnummer des Verstorbenen _____

Bei Anträgen auf Halbwaisenrente hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des anderen Elternteils eintragen:

5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt (gegebenenfalls auch Mehrfacheintragung)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3
 seit _____

ja _____
 Versicherungsträger _____
 Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen _____

5.2.1 War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3
 Name und Anschrift der Krankenkasse _____

ja _____
 bitte weiter bei Ziffer 6

5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - gegebenenfalls auch im Ausland -?

am _____ Tag _____ Monat _____ Jahr



5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? (gegebenenfalls Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden) - Angaben frühestens vom 1.1.1996 an -

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

Zeitraum vom - bis

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung Mitglied Familienversicherung Privat keine

5.5 Hatte der Verstorbene Kinder? (weitere Kinder bitte im Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** angeben)

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.6

ja **Kind 1**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

Kind 2

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

volljähriges Adoptivkind (zum Zeitpunkt der Adoption)

Stiefkind

Pflegekind

5.6 War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

anerkannt seit

Tag Monat Jahr

ja

Antrag vom

Tag Monat Jahr



5.6.1 Wann ist der Verstorbene aus dem Ausland zugezogen?

am

Tag	Monat	Jahr

6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

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

Diesen Zuschuss beantrage ich / habe ich beantragt.

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und gegebenenfalls auf dem Ergänzungsblatt nach bestem Wissen gemacht habe.

Das Merkblatt zur 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.

Anlage Ergänzungsblatt R0811

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Bevollmächtigten



Name, Anschrift der Krankenkasse

8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

(zum Beispiel Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

Datum der Rentenanspruchstellung, Rentenart	Antrag weitergeleitet an: (Name des Rentenversicherungsträgers)
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente: Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, beantragt? am <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 4.4 oder im Ergänzungsblatt Vordruck R0811 angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). <input type="checkbox"/> Kind 1 <input type="checkbox"/> Kind 2 <input type="checkbox"/> Kind 3 <input type="checkbox"/> Kind 4 <input type="checkbox"/> Kind 5 <input type="checkbox"/> Kind 6	
Die Personenstandsdaten für die folgenden unter Ziffer 5.5 oder im Ergänzungsblatt Vordruck R0811 angegebenen Kinder werden aufgrund vorliegender Nachweise bestätigt (bitte Zutreffendes ankreuzen). <input type="checkbox"/> Kind 1 <input type="checkbox"/> Kind 2 <input type="checkbox"/> Kind 3 <input type="checkbox"/> Kind 4 <input type="checkbox"/> Kind 5 <input type="checkbox"/> Kind 6	

Das Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung ist ausgehändigt / auf die Online-Version ist hingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der den Antrag aufnehmenden Stelle



Erläuterungen zur Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,
die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bietet Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen vom Tag der Rentenantragstellung an einen Krankenversicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die KVdR wird nicht durchgeführt, solange Sie nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind oder ein anderer Ausschlussgrund vorliegt. Näheres hierzu können Sie im Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) nachlesen. Die Online-Version des Merkblattes finden Sie im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/merkblatt-R0815

Damit die gesetzliche Krankenkasse prüfen kann, ob für Sie eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR in Betracht kommt, haben Sie zugleich mit dem Rentenantrag eine "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" (**Vordruck R0810**) einzureichen. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner, die auch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung einschließt, ist von Ihnen auch abzugeben, wenn Sie die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR offensichtlich nicht erfüllen, weil Sie zum Beispiel seit vielen Jahren bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Allein die zuständige Krankenkasse prüft nach Vorliegen der Meldung die Voraussetzungen für die KVdR und entscheidet über die Mitgliedschaft in der KVdR und Pflegeversicherung. Reichen im Einzelfall die vorhandenen Informationen für eine abschließende Entscheidung nicht aus, fordert die Krankenkasse gegebenenfalls bei der gesetzlichen Rentenversicherung den dort gespeicherten Versicherungsverlauf an, um eine Verzögerung bei der Prüfung der KVdR-Voraussetzungen zu vermeiden. Die Krankenkasse teilt dem Rentenversicherungsträger für die Beitragszahlung aus der Rente die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen mit, die sich durch die Rentenantragstellung ergeben.

Den **Vordruck R0810** brauchen Sie nur dann nicht auszufüllen, wenn die den Rentenantrag aufnehmende Stelle die KVdR-Meldung direkt bei der Rentenantragstellung über ein computerunterstütztes Verfahren maschinell aufnimmt.

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen der KVdR-Meldung erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage in der KVdR-Meldung. Die Fragen in der KVdR-Meldung und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

Die Angaben zu Ihrer Person einschließlich Ihrer Versicherungsnummer und Krankenversicherungsnummer benötigt die Krankenkasse, um die Meldung richtig zuordnen zu können.

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

Bei den Fragen unter Ziffer 2 handelt es sich um Fragen von versicherungsrechtlicher Bedeutung, durch die die Krankenkasse beurteilen kann, ob die KVdR eventuell wegen bestimmter Tatbestände ausgeschlossen ist.

Bitte beachten Sie, dass Versicherungsfreiheit auch dann besteht, wenn Sie nach dem Krankheitsfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaften bei Krankheit geschützt sind. Dies ist unter Ziffer 2.3 einzutragen.

Sollten Sie bei Rentenantragstellung familienversichert sein, besteht für Sie während des Rentenantragsverfahrens eventuell Beitragsfreiheit. Deshalb geben Sie bitte unter Ziffer 2.5 zusätzlich die Personenstandsdaten und das Geburtsdatum des Stammversicherten sowie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Stammversicherten an.

Die Beantwortung der Fragen der Ziffern 2.6 bis 2.9 ist ebenfalls für Ihre korrekte Beitragseinstufung erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass auch Renten von ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern und Versorgungsbezüge aus dem Ausland der Beitragspflicht unterliegen. Daher sind Sie verpflichtet, auch solche Bezüge unter Ziffer 2.7 und 2.9 einzutragen.



3 Angaben bei Antrag auf Waisenrente

Waisen, die unmittelbar vor der Rentenantragstellung gesetzlich krankenversichert waren, sind ohne Berücksichtigung einer Vorversicherungszeit nach § 5 Absatz 1 Nummer 11b Buchstabe a SGB V versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei bislang privat krankenversicherten Waisen sind für den Eintritt der Versicherungspflicht zusätzliche Voraussetzungen erforderlich. Damit die Krankenkasse diese prüfen kann, benötigt sie die Angaben unter Ziffer 4 und 5.

4 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

Die Angaben unter Ziffer 4 sind erforderlich, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR erfüllt sind. Sie werden jedoch auch benötigt, um die zuständige Krankenkasse festzustellen. Sollten Sie bereits eine Rente beziehen und deshalb in der KVdR pflichtversichert sein, brauchen Sie unter Ziffer 4.1 nur den Namen und die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie versichert sind. Weitere Angaben unter den Ziffern 4.2 bis 4.6 sind dann nicht erforderlich.

Zur Begründung einer Mitgliedschaft in der KVdR ist es erforderlich, dass Sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenantragstellung mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums ein Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert waren (sogenannte Vorversicherungszeit). Daher ist unter Ziffer 4.2 das Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit anzugeben. Als Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland. Sofern keine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde, ist der Tag der Eheschließung oder der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einzutragen. Wenn eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes nicht bestand, ist der Tag der Vollendung des 18. Lebensjahres oder bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt anzugeben.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.3 lückenlos ein, wie Sie bisher krankenversichert waren. Die Angaben sind frühestens ab 1.1.1996 erforderlich, weil für die Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nur die zweite Hälfte Ihres Erwerbslebens maßgebend ist. Unterscheiden Sie beim Krankenversicherungsverhältnis bitte zwischen Zeiten als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Rahmen einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung), einer Familienversicherung, einer privaten Krankenversicherung und Zeiten, in denen kein Krankenversicherungsschutz vorlag. Die Zeiträume einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung müssen anhand von Bescheinigungen belegt werden können. Diese Nachweise brauchen Sie der KVdR-Meldung jedoch nicht beizufügen.

Auf die Vorversicherungszeit können unter bestimmten Voraussetzungen auch Zeiten angerechnet werden, während denen Sie bei einer internationalen Organisation beschäftigt waren. Bitte tragen Sie unter Ziffer 4.3 Beginn und gegebenenfalls Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei.

Sofern Sie im Zeitpunkt der Rentenantragstellung ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind, ist es für die Krankenkasse erforderlich zu erfahren, wann und in welcher Form Ihr letzter Krankenversicherungsschutz bestand. In diesem Fall sind hierzu gegebenenfalls auch Angaben zu Versicherungszeiten vor dem 1.1.1996 beizufügen.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 4.4 ein, ob Sie Kinder haben oder hatten, da für jedes leibliche Kind, Adoptivkind, Stiefkind und Pflegekind pauschal drei Jahre auf die Vorversicherungszeit angerechnet werden können. Bei Adoptivkindern, die zum Zeitpunkt der Adoption bereits das 18. Lebensjahr vollendet hatten (Erwachsenenadoption), und bei Stiefkindern sind zudem bestimmte Altersgrenzen einzuhalten, sodass volljährige Adoptivkinder und Stiefkinder getrennt einzutragen sind. Bei Vorlage entsprechender Nachweise (zum Beispiel Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde) können bereits die Personenstandsdaten der Kinder unter Ziffer 8 durch die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt werden. Die Krankenkasse wird dann prüfen, inwieweit eine Anrechnung möglich beziehungsweise erforderlich ist und ob gegebenenfalls noch weitere Nachweise einzureichen sind.



Unter Ziffer 4.5 geben Sie bitte an, ob Sie Spätaussiedler sind. Da in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, ist zusätzlich die Frage unter Ziffer 4.5.1 zu beantworten.

Für Künstler und Publizisten gilt eine erleichterte Vorversicherungszeit. Daher tragen Sie unter Ziffer 4.6 bitte ein, in welchem Zeitraum Sie Künstler oder Publizist waren oder noch sind.

5 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Die Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten sind nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich. Sollte der Verstorbene bereits eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung bezogen haben (Ziffer 5.2) und in der KVdR versichert gewesen sein (Ziffer 5.2.1), tragen Sie bitte zusätzlich den Namen und die Anschrift der Krankenkasse ein, bei der der Verstorbene versichert war. Weitere Angaben unter den Ziffern 5.3 bis 5.5 sind dann nicht erforderlich. Um die zuständige Krankenkasse zu ermitteln, sind in diesem Fall aber Angaben zu Ihrem Krankenversicherungsverhältnis unter Ziffer 4.3 erforderlich.

War der Verstorbene bei einer internationalen Organisation beschäftigt, tragen Sie unter Ziffer 5.4 bitte Beginn und Ende der Beschäftigung sowie den Namen und die Anschrift der internationalen Organisation ein. Bitte lassen Sie dann die Ankreuzfelder zur Art der Versicherung frei (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Ansonsten dienen die Angaben unter Ziffer 5.3 bis 5.5 der Prüfung der Vorversicherungszeit in der Person des Verstorbenen. Bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente können Sie nämlich auch dann Mitglied in der KVdR werden, wenn Sie selbst die Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt haben, diese jedoch durch den Verstorbenen erfüllt wird. Aussagen über das Krankenversicherungsverhältnis des Verstorbenen sind frühestens ab 1.1.1996 zu treffen.

Wenn der Verstorbene Kinder hatte, tragen Sie diese bitte unter Ziffer 5.5 ein, denn auch auf die in der Person des Verstorbenen zu prüfende Vorversicherungszeit können für jedes Kind pauschal drei Jahre angerechnet werden (vergleiche Erläuterungen zu Ziffer 4).

Bitte beachten Sie, dass Sie bei Anträgen auf Waisenrente für jede Waise eine KVdR-Meldung ausfüllen. Sind die Waisen bei derselben Krankenkasse versichert, ist es jedoch ausreichend, wenn Sie die Angaben unter Ziffer 5.4 nur einmal machen. Bitte vermerken Sie dies durch einen entsprechenden Hinweis auf den anderen KVdR-Meldungen.

Unter Ziffer 5.6 geben Sie bitte an, ob der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler war. Da für diesen Personenkreis unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, gilt die Vorversicherungszeit auch bei den Hinterbliebenen als erfüllt.

6 Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

Wenn Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten. Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht frühestens vom Rentenbeginn an. Bitte beachten Sie, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung entscheidend ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Deshalb sieht die KVdR-Meldung die Möglichkeit vor, sogleich den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Hierdurch können Sie Nachteile einer verspäteten Antragstellung in den allermeisten Fällen ausschließen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung noch nicht feststeht, ob Sie die KVdR-Vorversicherungszeit erfüllen oder wann die Mitgliedschaft in der KVdR beginnen wird (zum Beispiel, weil Sie auch über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberuflich selbständige Erwerbstätigkeit oder eine krankenversicherungsfreie Beschäftigung ausüben werden).

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Eintragungen sowie den Erhalt des Merkblattes zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) beziehungsweise das Lesen des Merkblattes in der Online-Version.



8 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt unter Ziffer 8 den Tag Ihrer Rentenantragstellung.

Bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente ist zusätzlich anzugeben, ob Sie einen Vorschuss für das sogenannte "Sterbevierteljahr" beantragt haben, da der Antrag auf Vorschuss bereits als Rentenantrag gilt und insoweit den Mitgliedschaftsbeginn beeinflusst.

Anschließend leitet die den Antrag aufnehmende Stelle die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V" an Ihre zuständige Krankenkasse weiter. Das ist in der Regel die Krankenkasse, bei der Sie zur Zeit der Rentenantragstellung versichert sind beziehungsweise die Sie für den Fall der Versicherungspflicht gewählt haben. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein und für den Fall der Versicherungspflicht keine Krankenkasse gewählt haben, ist die Meldung an die Krankenkasse weiterzuleiten, bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie bisher noch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, wird die Meldung an eine wählbare gesetzliche Krankenkasse weitergeleitet. Die folgenden Krankenkassen sind wählbar: AOK des Wohnortes, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft. In das umrandete Adressfeld sind also der Name und soweit bekannt die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie zurzeit versichert sind beziehungsweise die Sie anlässlich der Rentenantragstellung gewählt haben oder bei der Sie zuletzt versichert waren. Waren Sie noch nie gesetzlich krankenversichert, können Sie eine wählbare Krankenkasse angeben, an die die Meldung weitergeleitet werden soll.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

