

Zusammenfassung

R0500: Antrag auf Hinterbliebenenrente

Antragsdatum

0 Antragsdatum
Datum der Antragstellung : **23.10.2024**

Beantragte Rente

1 Beantragte Rente
Auswahl : **Große Witwenrente / Witwerrente**

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

Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten
Name : **Lambrecht**
Vorname : **Walter**
Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

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

2 Geburtsangaben der Versicherten / des Versicherten
Geburtsdatum : **12.03.1957**
Geburtsort : **Fürth**
Geburtsland : **Deutschland**
Geschlecht : **männlich**

Bestätigung des Geburtsdatums des verstorbenen Versicherten durch antragsaufnehmende Stelle
Geburtsdatum : **bestätigt**

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

2 Sterbedatum der Versicherten / des Versicherten

Sterbedatum : **20.10.2024**

Bestätigung des Sterbedatums durch antragsaufnehmende Stelle

Sterbedatum : **bestätigt**

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

Ort : **Würzburg**

Staat : **Deutschland**

Gebiet : **Bundesrepublik / Berlin (West)**

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

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

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

Name : **Lambrecht**

Vorname : **Barbara**

Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

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

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

Geburtsname : **Labahn**

Geburtsdatum : **13.04.1956**

Geburtsort : **Würzburg**

Geburtsland : **Deutschland**

Geschlecht : **weiblich**

Bestätigung der Personenstandsdaten Hinterbliebene/r durch antragsaufnehmende
Stelle

- Personenstandsdaten : **bestätigt durch Vorlage von**
Vorlage : **gültiger Personalausweis**
- 3 Haben Sie frühere Namen? **nein**
- 3 Anschrift der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise
- Straße und Hausnummer : **Schottenanger 27**
Postleitzahl : **97082**
Wohnort : **Würzburg**
Land : **Deutschland**
- 3 Wohnsitz am 18.05.1990 der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise
- Ort : **Würzburg**
Staat : **Deutschland**
Gebiet : **Bundesrepublik / Berlin (West)**
- 3 Sind Sie aus dem Ausland zugezogen? **nein**
- 3 Steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person
- Die steuerliche
Identifikationsnummer : **liegt vor**
Identifikationsnummer der / des
Hinterbliebenen (ohne Leerzeichen) : **79 608 434 120**
- 3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert? **ja**
- Versicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Nordbayern**
- 3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? **ja**
- Versicherungsnummer der / des
Hinterbliebenen : **65 130456 L 502**
- 3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?

Auswahl : **Ehe**

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

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.) : **27.05.1987**

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

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

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

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

Antragstellung durch andere Person

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

Angaben zu den Waisen

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

Zahlungsweg

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

IBAN : **DE 47 7732 0072 0000 8121 70**
Geldinstitut (Name) : **UniCredit Bank-HypoVereinbk**
Kontoinhaber ist vom Berechtigten
abweichend : **nein**

Hinterbliebenenrentenantrag liegt bereits vor

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

Klärung des Rentenversicherungskontos

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

Beitragszeiten im **Inland** (zum Beispiel aufgrund einer
Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflege Tätigkeit) : **nein**

Zeiten oder Sachverhalte im **Beitrittsgebiet** bis
31.12.1991 : **nein**

Zeiten im **Ausland** oder bei internationalen
Organisationen : **nein**

Beitragsfreie Zeiten (zum Beispiel Krankheit,
Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten) : **nein**

Zeiten der **Kindererziehung** oder der **Pflege** eines
pflegebedürftigen Kindes : **nein**

Es fehlen **keine der genannten Zeiten**, der
Versicherungsverlauf ist vollständig. : **ja**

Beitragszeiten im Inland

6.3 Hat der Versicherte Zeiten der **Berufsausbildung** (auch
ohne Abschluss) zurückgelegt? **ja**

Sind die Zeiten im
Versicherungsverlauf bereits
als "berufliche Ausbildung"
gekennzeichnet? : **ja**

- 6.4 Hat der Versicherte für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 01.01.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)? **nein**

Sonstige Angaben

- 10.1.1 Hat der Versicherte eine Rente bis zu seinem Tod bezogen? **ja**
- 10.1.2 Haben Sie eine Vorschusszahlung ("Sterbevierteljahr") beantragt? **ja**
- am : **23.10.2024**
- 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**
- 10.3 Ist der Tod des Versicherten durch **Unfall** oder durch **andere Personen** verursacht worden? **nein**
- 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? **nein**
- 10.5 Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdrehtengesetz** zurückgelegt, weil er beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurde? **nein**

Angaben zum Einkommen bei Witwenrenten / Witwerrente

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

Andere Leistungen - Dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen

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

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

nein

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

nein

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

nein

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

ja

Andere Leistungen - Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen

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

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

nein

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

nein

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

ja

Andere Leistungen - Weitere

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

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

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

sonstige Leistungen (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz) : **nein**

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

Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

13.1.2 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner", wenn keine gesetzliche Krankenkasse ausgewählt wurde?

Name der Krankenkasse : **DAK**
Straße und Hausnummer : **Juliusstr. 70**
Postleitzahl : **97888**
Ort : **Würzburg**

13.1.3 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner

Die Meldung zur KVdR : **ist beigelegt**

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**

Pflegeversicherung

14 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? **ja**
(Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name des Kindes :	Lambrecht
Vorname des Kindes :	Emma
Geburtsdatum des Kindes :	14.09.1992
Kindschaftsverhältnis :	leibliches Kind / Adoptivkind
Bestätigung :	Daten bestätigt
durch Vorlage von :	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde

Dokumentenzugang

- 15.1 **Dokumentenzugang per De-Mail** **nein**
Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.
Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.
Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.
- 15.2 **Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen**
Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in **einer** für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.
- Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden : **nicht erforderlich**

R0660: Anlage zum Antrag auf Hinterbliebenenrente / Erziehungsrente

Arbeitsentgelt

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

Arbeitseinkommen

- 4 Haben oder hatten Sie **seit Beginn der Rente wegen Todes** Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, **nein**

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)

Vergleichbares Einkommen

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

Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber :	nein
Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses beziehungsweise Überbrückungsgeld von einem Arbeitgeber :	nein
Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel Minister, Parlamentarischer Staatssekretär) :	nein
Entschädigungen für Abgeordnete :	nein
Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH :	nein
Sonstige Leistungen (zum Beispiel vom Arbeitgeber gezahlte Ausbildungsbeihilfe oder Studienbeihilfe an Teilnehmer dualer Studiengänge) :	nein
Leistungen von einer Stelle im Ausland :	nein
Ich beziehe keine der genannten Leistungen und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder bezogen. :	ja

Kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen

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

Krankengeld :	nein
Krankengeld der Sozialen Entschädigung :	nein
Verletztengeld :	nein
Übergangsgeld :	nein
Mutterschaftsgeld :	nein
Arbeitgeberzuschuss zum Mutterschaftsgeld :	nein
Pflegeunterstützungsgeld :	nein
Ich beziehe keine der genannten Leistungen und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder bezogen. :	ja

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

Arbeitslosengeld :	nein
Kurzarbeitergeld :	nein
Qualifizierungsgeld :	nein
Berufsausbildungsbeihilfe für Arbeitslose nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch :	nein
Insolvenzgeld :	nein
Gründungszuschuss :	nein
Ich beziehe keine der genannten Leistungen und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder bezogen. :	ja

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

Versorgungskrankengeld : **nein**

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

Überbrückungsgeld der Seemannskasse : **nein**

Übergangsleistung bei Maßnahmen gegen Berufskrankheiten : **nein**

Leistungen von einer Stelle im Ausland : **nein**

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

Dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

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

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 Braunkohletagebaus und der Stein- und Braunkohleanlagen :

ja

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

nein

Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung :

nein

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) :

nein

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

nein

- 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 Braunkohletagebaus und der Stein- und Braunkohleanlagen

Rentenversicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Nordbayern**
Versicherungsnummer : **65 130456 L 502**
Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr) : **2017**

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

Berufsschadensausgleich : **nein**
Leistungen von einer Stelle im Ausland : **nein**
Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder bezogen. : **ja**

R0810: Meldung zur KVdR

Angaben zur Person des Rentenantragstellers

1 Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung
Krankenversichertennummer : **P40913050513**
Familienstand **nicht verheiratet / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend (ledig, verwitwet, geschieden oder aufgehoben)**

Angaben zur Tätigkeit

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

2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert? **nein**

Angaben zu Leistungen

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

Rentenbeginn : **01.08.2017**
Rentenversicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Nordbayern**
Versicherungsnummer : **65 130456 L 502**

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

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

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

Name der zahlenden Stelle : **VBL**
Straße und Hausnummer : **Hans-Thoma-Str. 52**
Postleitzahl : **76333**
Ort : **Karlsruhe**
Aktenzeichen : **563B58974**

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des Rentenantragstellers

4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert? **ja**

Name der Krankenkasse : **DAK Gesundheit**
Straße und Hausnummer : **Juliusstr. 70**
Postleitzahl : **97888**
Ort : **Würzburg**

Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

- 5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder hatte er eine solche beantragt? **ja**
- Rentenbeginn : **01.04.2020**
Rentenversicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Bund**
- 5.2 Bezog der Verstorbene eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt? **nein**
- 5.2.1 War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert? **nein**
- 5.3 Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?
- am : **01.08.1975**
- 5.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert?
- Angaben frühestens vom 01.01.1996 an -
- Zeitraum : **01.01.1996 - 20.10.2024**
Name der Krankenkasse : **AOK**
Ort : **Würzburg**
Art der Versicherung : **Mitglied**
- 5.5 Hatte der Verstorbene Kinder? **ja**
- Name des Kindes : **Lambrecht**
Vorname des Kindes : **Emma**
Geburtsdatum des Kindes : **14.09.1992**
Kindschaftsverhältnis : **leibliches Kind / minderjähriges Adoptivkind zum Zeitpunkt der Adoption**
- Bestätigung Personenstandsdaten des Kindes : **Die Personenstandsdaten werden bestätigt**
- 5.6 War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? **nein**

Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

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

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

- 8.1 Datum der Rentenantragstellung **23.10.2024**
- 8.2 Rentenart **große Witwenrente / Witwerrente**
- 8.3 Der Rentenantrag wurde weitergeleitet an
Versicherungsträger : **Deutsche Rentenversicherung Bund**
- 8.4 Haben Sie eine Vorschusszahlung (Sterbevierteljahr) beantragt?
Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service wurde beantragt. : **ja**
am : **23.10.2024**

Angaben zur Krankenkasse

Name und Anschrift der Krankenkasse

Name der Krankenkasse : **DAK**
Straße und Hausnummer : **Juliusstr. 70**
Postleitzahl : **97888**
Ort : **Würzburg**

R0990: Aufstellung über eingereichte bzw. nachzureichende Unterlagen

Unterlagen

Werden Unterlagen eingereicht oder sind diese nachzureichen? **ja**

Geburtsdatum: 12.03.1957
Versicherte(r): Lambrecht, Walter
Vorgang: R0500 - Antrag auf Hinterbliebenenrente

Druckdatum: 21.11.2024

Art der Unterlage :

medizinische Unterlage :

Status :

Anzahl der Unterlagen :

**Formular R0810 (Meldung zur KVdR) der/
des Witwer/s**

nein

eingereichte Originale

1

Bemerkungen zum Vorgang

Zusammenfassung der Bemerkungen aus der
Antragsaufnahme

keine Angaben