

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

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



Eingangsstempel

## Antrag auf Hinterbliebenenrente

# R0500

**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](http://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](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau
--

### 1 Beantragte Rente

<input type="checkbox"/>	<b>Kleine</b> Witwenrente / Witwerrente		20
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		21
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente <b>vor Vollendung</b> des maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines <b>minderjährigen Kindes</b> oder Sorge für ein <b>behindertes Kind</b> (das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung)	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>	21
<input type="checkbox"/>	<b>Große</b> Witwenrente / Witwerrente <b>vor Vollendung</b> des maßgebenden Lebensalters wegen <b>Erwerbsminderung</b>		21
	Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird oder beantragt ist:	<b>Vordrucke R0210 / R0215 bitte beifügen</b>	
<input type="checkbox"/>	Witwenrente / Witwerrente an den <b>geschiedenen</b> Ehegatten	<b>Vordruck R0630 bitte beifügen</b>	21
<input type="checkbox"/>	<b>Halbwaisenrente</b>	<b>Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen</b>	25
<input type="checkbox"/>	<b>Vollwaisenrente</b>	<b>Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen</b>	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 (Rufname)	
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 (Rufname)	
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																					
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Telefax (Angabe freiwillig)																				
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 <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Tag</td> <td style="font-size: 8px;">Monat</td> <td style="font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> </table>					Tag	Monat	Jahr														
Tag	Monat	Jahr																			
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)																					
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)																					
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person																					
<table border="1" 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> </tr> </table>																					
<p><b>3.1</b> Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert?  <span style="margin-left: 100px;">Versicherungsträger</span>  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja _____</p>																					
<p><b>3.1.1</b> Wurde eine Versicherungsnummer vergeben?  <span style="margin-left: 100px;">Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen</span>  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja              <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p>																					
<p><b>Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente</b></p>																					
<p><b>3.2</b> In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person?  <input type="checkbox"/> Ehe    <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft</p>																					
<p><b>3.2.1</b> 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  <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </p>																					
<p><b>3.2.2</b> Bestand diese Ehe / die Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod der versicherten Person?  <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja</p>																					



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

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

**3.2.4 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?**

nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners

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

**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)

Namenzusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

in der Eigenschaft als  gesetzlicher Vertreter  Vormund  Betreuer  Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)



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)	
<b>D E</b>	
Name des Geldinstituts	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend:	
Name, Vorname (Rufname)	
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 **Vordruck A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

### Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

Soll die Zahlung auf das deutsche Konto einer Vertrauensperson erfolgen, **bitte Vordruck A1313 ausfüllen und beifügen.**

## 6 Beitragszeiten im Inland

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

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>6.1</b>	Hat der Versicherte <b>Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten</b> 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)?								
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 6.2								
<input type="checkbox"/>	ja, bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen:								
<input type="checkbox"/>	<b>Beitragszeiten</b>	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"/>	<b>Beitragszeiten</b>	vom	Tag Monat Jahr			bis	Tag Monat Jahr		
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									

Name des Arbeitgebers / Dienstherrn

Anschrift

zuständige Krankenkasse

<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag Monat Jahr			bis	Tag Monat Jahr		
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)						Geburtsdatum			
zuständige Pflegekasse									

zuständige Pflegekasse

<input type="checkbox"/>	<b>nicht erwerbsmäßige Pflege</b>	vom	Tag Monat Jahr			bis	Tag Monat Jahr		
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)						Geburtsdatum			
zuständige Pflegekasse									

zuständige Pflegekasse

<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	vom	Tag Monat Jahr			bis	Tag Monat Jahr		
<input type="checkbox"/>	<b>selbständige Tätigkeit</b>	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?

nein     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

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

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

sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**6.4** 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

 bis 

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 7.6

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 

Tag			Monat			Jahr			Tag			Monat			Jahr				

 bis 

Tag			Monat			Jahr													

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 

Tag			Monat			Jahr			Tag			Monat			Jahr				

 bis 

Tag			Monat			Jahr													

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, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 7.6  
 ja

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

nein  ja, **bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen**







Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 10 Sonstige Angaben

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

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

nein  ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei der  Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service

knappschaftlichen Rentenversicherung

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

Versorgungsdienststelle

nein  ja

Aktenzeichen

**Festsetzungsblatt** über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

**10.3** Haben Sie bereits **Hinterbliebenenrente** bezogen (auch im Ausland)?

nein  ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsträger

Versicherungsnummer beziehungsweise Rentenzeichen

**bitte Bescheid beifügen**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.5

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

nein  ja, am 

Tag	Monat	Jahr

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

**10.5** Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärähnlichen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes, Internierung, Vertreibung oder Flucht verursacht worden?

nein  ja 

Ursache

anerkannt von

Aktenzeichen

**10.6** Hat der Versicherte **Zeiten nach dem Fremdentengesetz** 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 / Witwenrente wegen Erwerbsminderung beantragt wird**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 10.8

ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

**bitte Fragebogen wegen Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck F0870) 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 Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, 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 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



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

**12.4 Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

nein

ja, vom 

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

 bis 

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

beantragt am 

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

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**12.5 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

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

nein

ja, vom 

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

 bis 

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

beantragt am 

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

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**12.6 Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse

nein

ja, vom 

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

 bis 

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

beantragt am 

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

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 12.7 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

### 12.8 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

### 12.9 Sonstige Leistungen (zum Beispiel Kriegsofferfürsorge, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker)

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)

### 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 beigefügt     wurde weitergeleitet     wird nachgereicht

**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 privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 14

ja, **bitte Vordruck R0821** vom privaten Krankenversicherungsunternehmen **ausfüllen lassen**

**Vordruck R0821**     ist beigefügt     wird nachgereicht     wurde weitergeleitet





Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

**13.2.4** 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** einzutragen  
 Familienangehöriger (Name, Vorname)

Geburtsdatum

--	--	--

Verwandtschaftsverhältnis

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens  
des / der Familienangehörigen

	EUR		Cent
--	-----	--	------

**13.2.5** 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
- ja
- Geburtsdatum
- |  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|
- Kindschaftsverhältnis
- leibliches Kind / Adoptivkind     Stiefkind     Pflegekind

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

## 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:

---



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 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 Arbeitslosengeld II),
- den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- 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), und
- 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).

**Das Merkblatt "Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung" (Vordruck R0815) habe ich erhalten.**

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 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 / Lebenspartnerschaftsurkunde 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

