
Autor*in Astrid Rosenberg¹

Das Ausfüllen von Anträgen auf Renten wegen Todes – Lösung Fall A (Formulare)

¹ Autor*in ist Mitarbeiter*in der Deutschen Rentenversicherung Bund

Herausgegeben von der
Deutschen Rentenversicherung Bund
2160 Berufliches TrainingsCenter – Bereich Fachliche Trainings
Personal – People & Development
Berlin-Wilmersdorf, Dienstgebäude Hohenzollerndamm 46-47, 10713 Berlin
Deutsche Rentenversicherung Bund, 10704 Berlin

Ansprechpartnerin: Cornelia Marweld
0160-144 05 18, fachliche-trainings-postkorb@drv-bund.de

Stand: 01.01.2026



Antrag auf Hinterbliebenenrente

R0500

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

☐	Kleine Witwenrente / Witwerrente		20
☐	Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung des maßgebenden Lebensalters		21
☒	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
☐	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	
☐	Witwenrente / Witwerrente an den geschiedenen Ehegatten	Vordruck R0630 bitte beifügen	21
☒	Halbwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	25
☐	Vollwaisenrente	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und Vordruck R0610 bitte beifügen	26



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

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

Name Lehmann		Vorname Stephan									
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 1 2 0 5 1 9 7 5											
Geschlecht ☒ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers											
Geburtsort Hamburg		Geburtsland Deutschland	Sterbedatum 2 2 1 0 2 0 2 5								
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) deutsch											
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) - Bei Tod vor dem 18.5.1990: letzter Wohnsitz Hamburg											
Zuzug aus dem Ausland? ☒ nein ☐ ja, am <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
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 Lehmann		Vorname Andrea	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname Babetzki		frühere Namen	
Namenszusatz zum Geburtsnamen		Vorsatzworte zum Geburtsnamen	
Geburtsdatum 0 9 1 1 1 9 7 5			
Geschlecht ☐ männlich ☒ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers			
Geburtsort Hamburg		Geburtsland Deutschland	
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis) deutsch			



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

noch Ziffer **3**

Straße, Hausnummer	
Parkstr. 3	
Adresszusatz	
Postleitzahl	Wohnort
2 0 5 3 1	Hamburg
Land	
Telefon	Telefax
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	
Hamburg	
letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland? ☒ nein ☐ ja, am Tag Monat Jahr	
Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)	
Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)	
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person	
7 9 6 0 8 4 3 4 1 2 0	
3.1 Sind / Waren Sie in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung versichert? Versicherungsträger ☐ nein ☒ ja <u>Deutsche Rentenversicherung Bund</u>	
3.1.1 Wurde eine Versicherungsnummer vergeben? Versicherungsnummer der / des Hinterbliebenen ☐ nein ☒ ja <u>6 5 0 9 1 1 7 5 B 5 4 2 </u>	
Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente 3.2 In welchem Partnerschaftsverhältnis lebten Sie mit der verstorbenen versicherten Person? ☒ Ehe ☐ 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 0 7 0 7 2 0 0 7 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? ☐ nein ☒ ja	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter		
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon		Telefax



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5 Zahlungsweg



Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:

IBAN (International Bank Account Number)

D E 0 9 2 0 0 5 0 5 5 0 1 2 8 0 1 1 1 0 0 4

Name des Geldinstituts

HASPA Hamburg

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 bitte die Zahlungserklärung **A1310** oder für Italien **A1311** 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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

noch Ziffer **6.1**

Beweismittel bitte beifügen

☐	Beitragszeiten	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
genaue Bezeichnung der Tätigkeit									
Name des Arbeitgebers / Dienstherrn									
Anschrift									
zuständige Krankenkasse									
☐	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
☐	nicht erwerbsmäßige Pflege	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
pflegebedürftige Person (Name, Vorname)							Geburtsdatum		
zuständige Pflegekasse									
☐	selbständige Tätigkeit	vom	Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr
☐	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?									
☒	nein	☐	ja,	bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen					



x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

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

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			

	Tag	Monat	Jahr
Tag der Abschlussprüfung			

Art der Berufsausbildung

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
vom				bis			

	Tag	Monat	Jahr
Tag der Abschlussprüfung			

Art der Berufsausbildung

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

☐ sind beigelegt ☐ 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

	Tag	Monat	Jahr		Tag	Monat	Jahr
				bis			

Art der Leistung

Nachweise ☐ sind beigelegt ☐ 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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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	<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				bis	<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															

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	<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				bis	<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															

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



x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

☒ nein ☐ 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?

☒ nein ☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

Kindschaftsverhältnis ☐ leibliches Kind / Adoptivkind ☐ Pflegekind

☐ zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über
Pflegeleistungen

☐ ist beigelegt ☐ liegt nicht vor ☐ 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 1 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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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?

Versorgungsdienststelle

☒ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten

☐ ist beigelegt ☐ 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



x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

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

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

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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, Kriegsopferfürsorge, 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

Barmer

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Postfach 21 25 69, 20430 Hamburg

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

☐ ist beigelegt ☒ wurde weitergeleitet ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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?

☐ nein

☒ ja

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Lehmann, Luisa	1 3 0 3 2 0 0 9

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)					
x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x				

15 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, 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**:

- 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 EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),
- 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.

Hamburg, xx.xx.xxxx

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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 / 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

XX.XX.XXXX

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden





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 Lehmann		Vorname Stephan	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Geburtsdatum 1 2 0 5 1 9 7 5	

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

Name Lehmann		Vorname Andrea	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname Babetzki		Geburtsdatum 0 9 1 1 1 9 7 5	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	2	2	1	0	2	0	5			bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td>1</td><td>f</td><td>d</td></tr> <tr><td>.</td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	1	f	d	.					
Tag	Monat	Jahr																													
2	2	1																													
0	2	0																													
5																															
Tag	Monat	Jahr																													
1	f	d																													
.																															

Name und Anschrift des Arbeitgebers

IBUNA Versicherung, An der Alster 3, 20038 Hamburg

vom	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr										bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																									
Tag	Monat	Jahr																									

Name und Anschrift des Arbeitgebers

vom	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr										bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																									
Tag	Monat	Jahr																									

Name und Anschrift des Arbeitgebers

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

Vordruck R0664 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

Vordruck R0665 ☐ ist beigelegt ☐ 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	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr										bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																													
Tag	Monat	Jahr																													

Art der Selbständigkeit

vom	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr										bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																									
Tag	Monat	Jahr																									

Art der Selbständigkeit

vom	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr										bis	<table border="1"> <tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Tag	Monat	Jahr									
Tag	Monat	Jahr																									
Tag	Monat	Jahr																									

Art der Selbständigkeit

bitte Vordruck R0666 (Arbeitseinkommen) beifügen

Vordruck R0666 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

5.1 Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

5.2 Abfindungen wegen Beendigung des Arbeitsverhältnisses beziehungsweise Überbrückungsgeld von einem Arbeitgeber

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

5.3 Bezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis (zum Beispiel Minister, Parlamentarischer Staatssekretär); bei Ruhegehalt oder vergleichbaren Bezügen bitte Ziffer 7.4 ausfüllen

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

5.4 Entschädigungen für Abgeordnete

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

5.5 Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht

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

☒ nein ☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

Aktenzeichen

Vordruck R0670 ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

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 Erwerbsersatz Einkommen

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 beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 beigelegt ☐ wird nachgereicht

6.3 Krankengeld der Sozialen Entschädigung; 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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

Tag

Monat

Jahr

bis

Tag

Monat

Jahr

beantragt am

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

Tag

Monat

Jahr

bis

Tag

Monat

Jahr

beantragt am

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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 Versicherungszweig

☐ ja, zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen

bitte Nachweise beifügen

7 Dauerhaftes Erwerbsersatz Einkommen

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)

x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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 beigelegt

☐

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 länderspezifischen 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 beigelegt

☐

wird nachgereicht



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 beigelegt ☐ wird nachgereicht

7.6 Berufsschadensausgleich / Erwerbsschadensausgleich nach dem Soldatenentschädigungsgesetz

zahlende Stelle (Name, Anschrift)

☒ nein ☐ ja

Aktenzeichen

Leistungsbeginn / Rentenbeginn (Kalenderjahr)

Vordruck R3073 ☐ ist beigelegt ☐ 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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 beigelegt ☐ 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 beigelegt ☐ 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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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)

x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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 <table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>0 1</td><td>0 1</td><td>2 0 2 4</td> </tr> </table> bis <table border="1"> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>3 1</td><td>1 2</td><td>2 0 2 4</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	0 1	0 1	2 0 2 4	Tag	Monat	Jahr	3 1	1 2	2 0 2 4
Tag	Monat	Jahr											
0 1	0 1	2 0 2 4											
Tag	Monat	Jahr											
3 1	1 2	2 0 2 4											
Art des Einkommens Arbeitsentgelt													
zahlende Stelle (Name, Anschrift) IBUNA Versicherungen, An der Alster 3, 20038 Hamburg													
Aktenzeichen 													
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>		Tag	Monat	Jahr				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr											
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	☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht												
Vordruck R0665	☐ ist beigefügt ☒ wird nachgereicht												
Vordruck R0666	☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht												
Vordruck R0670	☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht												
Vordruck R0675	☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht												
sonstiger Nachweis	☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht												



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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.

Hamburg, xx.xx.xxxx

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers





**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 Lehmann		Vorname Andrea	
Geburtsname Babetzki		Geburtsdatum 0 9 1 1 1 9 7 5	
Staatsangehörigkeit deutsch			
Familienstand verwitwet		gegebenenfalls Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft	
Versicherungsnummer 6 5 0 9 1 1 7 5 B 5 4 2		Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung F 0 9 6 5 2 1 7 8 4 5 6	
Straße, Hausnummer Parkstr. 3		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl 2 0 5 3 1	Wohnort Hamburg		Telefax (Angabe freiwillig)

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

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



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

seit

☐ nein ☐ ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

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

seit

☒ nein ☐ ja

Rentenversicherungsträger, Staat

Versicherungsnummer / Aktenzeichen

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

seit

☒ nein ☐ ja

Rentenzeichen / Aktenzeichen

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

Name der Zahlstelle

☒ nein ☐ ja

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 -?

Tag Monat Jahr
am 0 1 0 9 2 0 0 2

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

01.01.2002 - 14.05.2009

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

Barmer, Postfach 21 25 69 Hamburg

Art der Versicherung ☒ Mitglied ☐ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

15.09.2009 - 31.03.2011

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

Barmer, s.o.

Art der Versicherung ☐ Mitglied ☒ Familienversicherung ☐ Privat ☐ keine

Zeitraum vom - bis

01.04.2011 - lfd.

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

Barmer, s.o.

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

Lehmann, Luisa

Geburtsdatum

1 3 0 3 2 0 0 9

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, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 6)

5.1 Name

Lehmann

Vorname

Stephan

Geburtsname

Geburtsdatum

12051975

Sterbedatum

22102025

Versicherungsnummer des Verstorbenen

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

01081993

Seite 4 von 7

R0810-00

Version 40018

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

Zeitraum vom - bis

01.01.1996 - 22.10.2025

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

Barmer, Postfach 21 25 69

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

Lehmann, Luisa

Geburtsdatum

1 3 0 3 2 0 0 9

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**

Hamburg, xx.xx.xxxx

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 ☐ nein ☐ 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). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ 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). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ 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 Vervollendung 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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen VersichertenKennzeichen
(soweit bekannt)

1	2	0	5	7	5				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--


**Deutsche
Rentenversicherung**

Bei Antrag auf Erziehungsrente:

Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

Bruttoarbeitsentgelt**R0665****1 Angaben zur Person des Arbeitnehmers**

Name Lehmann		Vorname (Rufname) Andrea	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname Babetzki		Geburtsdatum / Versicherungsnummer Tag Monat Jahr 6 5 0 9 1 1 7 5 B 5 4 2	

2 Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

2.1 Wann wurde das Beschäftigungsverhältnis aufgenommen?	
Tag	Monat Jahr
2.2 Wurde das Beschäftigungsverhältnis zwischenzeitlich beendet?	
☐ nein	☐ ja, am Tag Monat Jahr
2.3 Die Angaben werden erbeten zum:	
☒	laufenden Bruttoarbeitsentgelt für die Zeit ab (bei Erstantrag: Monat, in dem die Rente wegen Todes beginnt) Monat / Jahr 10 / 2025
einmalig gezahlten Arbeitsentgelt für das Kalenderjahr Kalenderjahr 2024 bitte Ziffer 3 ausfüllen	
2.4 Die Angaben werden erbeten zum:	
☒	jährlichen Bruttoarbeitsentgelt für das Kalenderjahr (bei Erstantrag: letztes Kalenderjahr vor dem Rentenbeginn) Kalenderjahr 2024 bitte Ziffer 4 ausfüllen



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten										Kennzeichen (soweit bekannt)									
	1	2	0	5	7	5													

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

3 Bescheinigung des laufenden Bruttoarbeitsentgelts

Es ist immer **das tatsächliche monatliche Bruttoarbeitsentgelt** einzutragen.

Ist das Bruttoarbeitsentgelt nicht für den vollen Monat gezahlt worden, ist das vereinbarte monatliche Bruttoarbeitsentgelt einzutragen. Das Bruttoarbeitsentgelt ist nicht auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung zu begrenzen. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist gesondert unter Ziffer 3.2 anzugeben.

Die gegebenen Hinweise gelten auch für Beschäftigte, die

- nicht versicherungspflichtig sind oder
- versicherungsfrei sind oder
- von der Versicherungspflicht befreit sind oder
- Entgelte aus einer Beschäftigung im Übergangsbereich erzielen.

Bei **Kurzarbeitergeld** ist als monatliches Bruttoarbeitsentgelt der Betrag zu bescheinigen, der dem Versicherungsträger nach den Vorschriften der Verordnung über die Erfassung und Übermittlung von Daten für die Träger der Sozialversicherung (DEÜV) als Bruttoarbeitsentgelt gemeldet werden muss.

Bei **Freiwilligendiensten / Freiwilligem Wehrdienst** bitte alle Geld- und Sachbezüge angeben.

3.1 Der bei uns beschäftigte Arbeitnehmer hat für den unter Ziffer 2.3 eingetragenen Monat folgendes Bruttoarbeitsentgelt erhalten: Dauer der Beschäftigung im Monat aus Ziffer 2.3 vom - bis	
Höhe des monatlichen Bruttoarbeitsentgelts (ohne einmalig gezahltes Arbeitsentgelt, ohne die nicht sozialversicherungspflichtigen Anteile für betriebliche Altersversorgung)	
EUR	
3.1.1 Handelt es sich um Bezüge aus einem Beamtenverhältnis oder aus einem ähnlichen versicherungsfreien Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis mit Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen? ☐ nein ☐ ja	
3.1.2 Handelt es sich um Entgelte aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis, bei dem nur der Arbeitgeberanteil zu zahlen ist (zum Beispiel bei Bezug einer Altersvollrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze)? ☐ nein ☐ ja	
3.1.3 Handelt es sich um Entgelte aus einem versicherungsfreien - nicht kurzfristigen - geringfügigen Beschäftigungsverhältnis (Minijob) oder aus einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis, für das sich die beschäftigte Person von der Versicherungspflicht hat befreien lassen? ☐ nein ☐ ja	
3.2 Hat der Arbeitnehmer in dem unter Ziffer 2.3 eingetragenen Kalenderjahr einmalig gezahltes Arbeitsentgelt wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld erhalten beziehungsweise wurde das einmalig gezahlte Arbeitsentgelt diesem Kalenderjahr beitragsrechtlich zugeordnet? Höhe einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ☐ nein ☐ ja	
EUR	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 2 0 5 7 5	

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

4 Bescheinigung des jährlichen Bruttoarbeitsentgelts

Der Arbeitgeber ist zur Ausstellung verpflichtet, wenn

- er das Bruttoarbeitsentgelt nach der DEÜV noch nicht gemeldet hat oder
- dieses nicht zu melden ist (zum Beispiel bei Bezügen aus einem Beamtenverhältnis) oder
- das Bruttoarbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung überschritten hat oder
- kein Beitrag zur Rentenversicherung gemeldet worden ist.

Selbst wenn keine Verpflichtung besteht, wird im Interesse des Rentenantragstellers um freiwillige Angabe gebeten. Dadurch lassen sich Verzögerungen in der Rentenantragsbearbeitung vermeiden.

Das jährliche Bruttoarbeitsentgelt ist für das Kalenderjahr zu bescheinigen, das unter Ziffer 2.4 eingetragen ist.

Es ist immer **das tatsächliche Bruttoarbeitsentgelt** ohne die nicht sozialversicherungspflichtigen Anteile für eine betriebliche Altersversorgung und **ohne Begrenzung auf die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung** einzutragen. Einmalig gezahltes Arbeitsentgelt ist für das Kalenderjahr zu bescheinigen, dem es beitragsrechtlich zuzuordnen ist.

Die gegebenen Hinweise gelten auch für Beschäftigte, die

- nicht versicherungspflichtig sind oder
- versicherungsfrei sind oder
- von der Versicherungspflicht befreit sind oder
- Entgelte aus einer Beschäftigung im Übergangsbereich erzielen.

Bei **Kurzarbeitergeld** ist als Bruttoarbeitsentgelt der Betrag zu bescheinigen, der dem Versicherungsträger nach den Vorschriften der DEÜV als Bruttoarbeitsentgelt gemeldet werden muss.

Bei **Freiwilligendiensten / Freiwilligem Wehrdienst** bitte alle Geld- und Sachbezüge angeben.

4.1 Wurde bereits eine Entgeltmeldung nach der DEÜV abgegeben?

☐

nein, bitte das jährliche Bruttoarbeitsentgelt unter Ziffer 4.4 eintragen

☐

ja, bitte weiter bei Ziffer 4.2

4.2 Ist das Bruttoarbeitsentgelt - gegebenenfalls auch in einzelnen Abrechnungszeiträumen - auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzt worden?

☐

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3

☐

ja, bitte das tatsächliche Bruttoarbeitsentgelt unter Ziffer 4.4 eintragen

4.3 Ist in der DEÜV-Meldung für die Rentenversicherung die Beitragsgruppe 0 (kein Beitrag zur Rentenversicherung) angegeben worden?

☐

nein, es besteht keine Verpflichtung, das Bruttoarbeitsentgelt zu bescheinigen. Im Interesse des Rentenantragstellers wird dennoch um freiwillige Angabe unter Ziffer 4.4 gebeten.

☐

ja, bitte das tatsächliche Bruttoarbeitsentgelt unter Ziffer 4.4 eintragen



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
1 2 0 5 7 5	

Bei Antrag auf Erziehungsrente:
Versicherungsnummer der Antragstellerin / des Antragstellers

4.4 Der Arbeitnehmer hat in dem unter Ziffer 2.4 eingetragenen Kalenderjahr folgendes Bruttoarbeitsentgelt erhalten: Zeitangabe für die Monate vom - bis Volle Kalendermonate, in denen der Arbeitnehmer kein Bruttoarbeitsentgelt erhalten hat, sind auszunehmen.	
Höhe des gezahlten Bruttoarbeitsentgelts einschließlich einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (ohne die nicht sozialversicherungspflichtigen Anteile für betriebliche Altersversorgung)	EUR
Zeitangabe für die Monate vom - bis Volle Kalendermonate, in denen der Arbeitnehmer kein Bruttoarbeitsentgelt erhalten hat, sind auszunehmen.	
Höhe des gezahlten Bruttoarbeitsentgelts einschließlich einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (ohne die nicht sozialversicherungspflichtigen Anteile für betriebliche Altersversorgung)	EUR
Zeitangabe für die Monate vom - bis Volle Kalendermonate, in denen der Arbeitnehmer kein Bruttoarbeitsentgelt erhalten hat, sind auszunehmen.	
Höhe des gezahlten Bruttoarbeitsentgelts einschließlich einmalig gezahltem Arbeitsentgelt (ohne die nicht sozialversicherungspflichtigen Anteile für betriebliche Altersversorgung)	EUR
4.4.1 Handelt es sich um Bezüge aus einem Beamtenverhältnis oder aus einem ähnlichen versicherungsfreien Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis mit Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen? ☐ nein ☐ ja	
4.4.2 Handelt es sich um Entgelte aus einem versicherungsfreien Arbeitsverhältnis, bei dem nur der Arbeitgeberanteil zu zahlen ist (zum Beispiel bei Bezug einer Altersvollrente nach Erreichen der Regelaltersgrenze)? ☐ nein ☐ ja	
4.4.3 Handelt es sich um Entgelte aus einem versicherungsfreien - nicht kurzfristigen - geringfügigen Beschäftigungsverhältnis (Minijob) oder aus einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis, für das sich die beschäftigte Person von der Versicherungspflicht hat befreien lassen? ☐ nein ☐ ja	

Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Firmenstempel Unterschrift des Arbeitgebers	




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	
Lehmann	Stephan	
Geburtsname	Geburtsdatum	
	1 2 0 5 1 9 7 5	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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) Luisa
Geburtsdatum 1 3 0 3 2 0 0 9	
Geschlecht	steuerliche Identifikationsnummer der Waise
☐ männlich ☒ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	7 9 6 0 8 4 3 4 1 2 0
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt Hamburg	
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester) leibliches Kind	
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☒ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht	
Waise 2	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)
Geburtsdatum	
Geschlecht	steuerliche Identifikationsnummer der Waise
☐ männlich ☒ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt	
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)	
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht	
Waise 3	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)
Geburtsdatum	
Geschlecht	steuerliche Identifikationsnummer der Waise
☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt	
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)	
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht	
Waise 4	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)
Geburtsdatum	
Geschlecht	steuerliche Identifikationsnummer der Waise
☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers	
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt	
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)	
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise ☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht	



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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



nein



ja

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)

Vorname der Waise

Tag Monat Jahr

Zuzug am

aus (Ort, Gebiet, Staat)

nach (Ort, Bundesland)



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

| | | | |

**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

Geschlecht

Tag Monat Jahr

☐

männlich

☐

weiblich

☐

ohne Eintrag

☐

divers

Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

Telefon

Telefax

Zuzug aus dem Ausland?

☐

nein

☐

ja,

am

Tag

Monat

Jahr

Zuzug erfolgte aus (Ort, Gebiet, Staat)

Zuzug erfolgte nach (Ort, Bundesland)

steuerliche Identifikationsnummer der Waise

4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des
Gerichts bitte beifügen**

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)

in der Eigenschaft als

☐

gesetzlicher Vertreter

☐

Vormund

☐

Betreuer

☐

Bevollmächtigter

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

Deutschland

Telefon

Telefax



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

5 Zahlungsweg

☐ Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:
IBAN (International Bank Account Number)
D E 0 9 2 0 0 5 0 5 5 0 1 2 8 0 1 1 1 0 0 4
Geldinstitut (Name)
HASPA Hamburg
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)
Lehmann, Andrea

- ☐ Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.
In diesem Fall bitte die Zahlungserklärung **A1310** oder für Italien **A1311** ausfüllen und beifügen.

6 Begründung des Anspruchs

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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

| | | | |

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

Tag	Monat	Jahr

bis

Tag	Monat	Jahr

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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

Luisa

Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile

Lehmann, Andrea, Babatzki

Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile

Tag Monat Jahr

6 5 0 9 1 1 7 5 B 5 4 2

Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)

Parkstr. 3, 20531 Hamburg

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?

☐

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2

Vorname der Waise

☐

ja

Tag Monat Jahr

seit

bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen

8.1.1 War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen?

☐

nein

für (Vorname der Waise)

☐

ja

Tag Monat Jahr

bis wann



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

| | | | |

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)

x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x

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				Tag	Monat	Jahr

bis

beantragt am

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				Tag	Monat	Jahr

bis

beantragt am

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)

x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

| | | |

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



x x 1 2 0 5 7 5 x x x x

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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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

Barmer

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Postfach 21 25 69, 20430 Hamburg

Die Meldung zur KVdR (**Vordruck R0810**)

☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☒ wurde weitergeleitet



x x | 1 2 0 5 7 5 | x x x x

| | | | |

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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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
- | | | |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
| | | |
- Versicherungsnummer
- | |
|--|
| |
|--|
- Rentenversicherungsträger

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?

- ☐ 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 BKG 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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

12 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, 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, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),
- 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.

Hamburg, xx.xx.xxxx

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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)
x x 1 2 0 5 7 5 x x x x	

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)			
x	x	1	2	0	5	7	5	x	x	x	x				

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 beigelegt

☐ 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 beigelegt:	
☒	
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 		Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung 	
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl 	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	

2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

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



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, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 6)

5.1 Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	Sterbedatum
Tag Monat Jahr		Tag Monat Jahr	Tag Monat Jahr
Versicherungsnummer des Verstorbenen			
Tag Monat Jahr			
Bei Anträgen auf Halbwaisenrente hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse des anderen Elternteils eintragen:			
Name Vorname Geburtsdatum Krankenkasse			
Tag Monat Jahr			
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

☐ 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 ☐ nein ☐ 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). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ 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). ☐ Kind 1 ☐ Kind 2 ☐ Kind 3 ☐ Kind 4 ☐ Kind 5 ☐ 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

