

Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

## Antrag auf große Witwenrente / Witwerrente im Anschluss an kleine Witwenrente / Witwerrente

# R0505

**Bitte nur verwenden, wenn bereits eine kleine Witwenrente / Witwerrente gezahlt wird**

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

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf [www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag) stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Beantragte Rente

☐

**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**  
Wenn keine Rente wegen Erwerbsminderung bezogen wird  
oder beantragt ist:

**Vordruck R0210 / R0215 bitte beifügen 21**

### 2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname
Geburtsdatum	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

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

Name		Vorname							
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)						
Geburtsdatum									
Straße, Hausnummer									
Adresszusatz									
Postleitzahl		Wohnort							
Telefon		Telefax							
steuerliche Identifikationsnummer der hinterbliebenen Person									
<b>3.1 Haben Sie nach dem Tod der / des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?</b> <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4 <input type="checkbox"/> ja, am <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr							
<b>3.2 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?</b> <input type="checkbox"/> nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen</b> <input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 10				Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr							

### 4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen**

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



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

Land

Telefon

Telefax

## 5 Fragen wegen Rechtsänderungen

### 5.1 Hat der Versicherte Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

☐ nein

☐ ja, weitere Angaben sind nur erforderlich, wenn diese Zeiten zwar im Versicherungsverlauf enthalten, aber noch nicht als **"berufliche Ausbildung"** gekennzeichnet sind

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Tag der Abschlussprüfung 

Tag	Monat	Jahr

Art der Berufsausbildung

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

☐ sind beigelegt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht

### 5.2 Hat der Versicherte für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 1.1.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)?

☐ nein

☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

Art der Leistung

**Nachweise** ☐ sind beigelegt ☐ liegen nicht mehr vor ☐ werden nachgereicht



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

☐ nein ☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Staat

**5.4** 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

**5.5** Wann hat Ihre kleine Witwenrente / Witwerrente begonnen?

- ☐ vor dem 1.1.1992 beziehungsweise nicht bekannt, **bitte Vordruck V0300 ausfüllen und beifügen**; bitte weiter bei Ziffer 6 (Die Fragen im Vordruck V0300 beziehen sich auf die verstorbene Versicherte / den verstorbenen Versicherten.)
- ☐ in der Zeit vom 1.1.1992 bis 31.12.1996; bitte weiter bei Ziffer 5.6
- ☐ in der Zeit vom 1.1.1997 bis 31.12.2001; bitte weiter bei Ziffer 5.7
- ☐ in der Zeit vom 1.1.2002 bis 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 5.9
- ☐ nach dem 30.4.2003; bitte weiter bei Ziffer 6

**5.6** Hat der Versicherte Zeiten der **Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung** nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt, die **nicht abgeschlossen** wurden?

☐ nein ☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Ausbildungsart

**bitte Nachweis beifügen** (zum Beispiel Schulbescheinigung)

**5.7** War der Versicherte **zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank**?

☐ nein ☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

**bitte Nachweis beifügen** (zum Beispiel Bescheinigung des behandelnden Arztes, des Krankenhauses oder der Krankenkasse)

**5.8** Hat der Versicherte bis zum 31.12.1991 im Beitrittsgebiet Zeiten einer **Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit während des Bezugs einer Rente** oder **Versorgung vor Erreichen der für eine Altersrente maßgeblichen Altersgrenze** zurückgelegt?

☐ nein ☐ ja, **bitte Sozialversicherungsausweis beifügen**



**5.9** War der Versicherte nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als **ausbildungsuchend** gemeldet?

☐ nein ☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
Agentur für Arbeit

**bitte Nachweise beifügen**

**5.10** 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.

**5.11** 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

## 6 Angaben zu Kindern

**Bitte ausfüllen, 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

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 7  
☐ ja, ich habe \_\_\_\_ Kind / Kinder erzogen

**6.1.1** 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)

## 7 Angaben bei Erwerbsminderung

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

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

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 8

☐ ja, Unfalltag 

Tag	Monat	Jahr

  
Unfallursache / Todesursache

Unfallbeteiligter / Schädiger (Name, Anschrift)

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

**7.1.1** Sind Schadenersatzansprüche geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

☐ nein

☐ ja, am 

Tag	Monat	Jahr

  
bei welcher Stelle

Aktenzeichen

## 8 Andere Leistungen

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

**8.1 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



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 8.2 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

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

☐ nein

☐ ja, vom 

Tag	Monat	Jahr

 bis 

Tag	Monat	Jahr

  
beantragt am 

Tag	Monat	Jahr

  
zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

## 8.3 Sonstige Leistungen (zum Beispiel **Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse, **Leistungen** von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, **Unterhaltshilfe** nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Kriegsofperfürsorge, **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

Art der Leistung

## 9 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

### 9.1 Sind Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 9.2

☐ ja, ☐ pflichtversichert ☐ familienversichert ☐ freiwillig versichert  
(wenn Sie noch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen)

Name der Krankenkasse

bei

bitte weiter bei Ziffer 10



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.2** Sind Sie in der privaten Krankenversicherung versichert?

☐ nein, bitte geben Sie an, wie Sie krankenversichert sind

bitte weiter bei Ziffer 10

Name des Krankenversicherungsunternehmens

☐ ja, bei \_\_\_\_\_  
bitte weiter bei Ziffer 9.3

**9.3** Beziehen Sie bereits einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung?

☐ nein, bitte gegebenenfalls mit **Vordruck R0820** beantragen

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen** (für ausländische Versicherungen bitte **Vordruck R0822** verwenden)

**Vordruck R0821 / R0822**

☐

ist beigelegt

☐

wird nachgereicht

☐

wurde weitergeleitet

**10 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)

**11 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.

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

- eine Leistung nach Ziffer 8 dieses Vordrucks beantragt oder gezahlt wird oder
- von Amts wegen ein Verfahren bei der gesetzlichen Unfallversicherung eingeleitet wird oder
- sich meine Anschrift ändert.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

## 12 Anlagen

Vordruck \_\_\_\_\_

Vollmacht / Beschluss des Gerichts \_\_\_\_\_

## 13 Bestätigungsvermerk

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

☐

Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde

☐

gültigen Personalausweis

☐

gültigen Reisepass

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

