

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. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

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

1 Beantragte Rente

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Große Witwenrente / Witwerrente wegen Vollendung
des maßgebenden Lebensalters | 21 |
| <input type="checkbox"/> Große Witwenrente / Witwerrente vor Vollendung des
maßgebenden Lebensalters wegen Erziehung eines
minderjährigen Kindes oder Sorge für ein behindertes Kind
(das Alter des behinderten Kindes ist hierbei ohne Bedeutung) | Beweismittel bitte beifügen |
| <input type="checkbox"/> 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)

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																										
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4 <input type="checkbox"/> ja, am <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</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																								
3.1 Haben Sie nach dem Tod der / des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet?																										
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4 <input type="checkbox"/> ja, am <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</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																								
3.2 Besteht diese Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft weiterhin?																										
<input type="checkbox"/> nein, Datum der Auflösung der Ehe / Lebenspartnerschaft oder des Todes des Ehegatten / Lebenspartners <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="text-align: center;">Tag</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Jahr</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																								
bitte Vordruck R0620 ausfüllen und beifügen																										
<input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 10																										

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

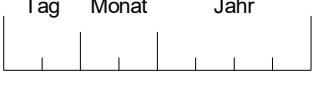
Telefon | Telefax

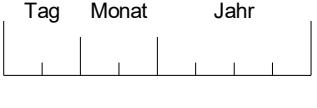
5 Fragen wegen Rechtsänderungen

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 
Art der Berufsausbildung 

vom 
Art der Berufsausbildung 

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

sind beigefügt 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 
Art der Leistung

Nachweise sind beigefügt 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 _____ bis _____

Tag Monat Jahr 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 _____ bis _____

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Beschäftigungsart

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 _____ bis _____

Tag Monat Jahr 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 _____ bis _____

Tag Monat Jahr 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**



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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 beigefügt 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

Tag Monat Jahr

ja, Unfalltag

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

Tag Monat Jahr

ja, am

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 unterhaltsberechtigte Angehörige Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

Tag Monat Jahr

ja, vom

Tag Monat Jahr

bis

Tag Monat Jahr

beantragt am

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 **unterhaltsberechtigte Angehörige** Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben.

nein

ja, vom

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

bis

beantragt am
zahlende Stelle

Tag Monat Jahr

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, Kriegsopferfürsorge, **Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle)

nein

ja, vom

Tag Monat Jahr

Tag Monat Jahr

bis

beantragt am
zahlende Stelle

Tag Monat Jahr

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 beigefügt 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 Rentenantrags 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

