

Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



Deutsche  
Rentenversicherung

## 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 (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). 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.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://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

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

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Geburtsdatum

### 2 Waisen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

<b>2.1 Angaben zur Person</b>		
Waise	Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)	
<b>1</b>		
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt		
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)		
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Waise	<b>Vorname</b> der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
<b>2</b>				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
Waise	<b>Vorname</b> der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
<b>3</b>				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
Waise	<b>Vorname</b> der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
<b>4</b>				
Geburtsdatum	Geschlecht	persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke		
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Wohnsitz / gewöhnlicher Aufenthalt				
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)				
Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde der Waise <input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht				
<b>2.2</b> Ist eine der unter Ziffer 2.1 aufgeführten Waisen aus dem Ausland zugezogen?				
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>Vorname</b> der Waise	Tag	Monat	Jahr
		<b>Zuzug am</b>		
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	nach (Ort, Bundesland)		
	<b>Vorname</b> der Waise	Tag	Monat	Jahr
		<b>Zuzug am</b>		
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	nach (Ort, Bundesland)		
	<b>Vorname</b> der Waise	Tag	Monat	Jahr
		<b>Zuzug am</b>		
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	nach (Ort, Bundesland)		
	<b>Vorname</b> der Waise	Tag	Monat	Jahr
		<b>Zuzug am</b>		
	aus (Ort, Gebiet, Staat)	nach (Ort, Bundesland)		



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 3 Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat

für jede volljährige Waise bitte  
einen Vordruck R0610 ausfüllen

Angaben zur Person			
Vorname der Waise (Name auch, wenn er nicht mit dem Namen der / des Versicherten übereinstimmt)			
Geburtsdatum / Versicherungsnummer		Geschlecht	
Tag Monat Jahr		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Kindschaftsverhältnis (zum Beispiel leibliches Kind, Stiefkind, Pflegekind, Enkel, Bruder, Schwester)			
Straße, Hausnummer			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz			Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort		
Zuzug aus dem Ausland?	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am			
		Ort, Gebiet, Staat	
		aus Ort, Bundesland	
		nach	
persönliche Identifikationsnummer der Waise für steuerliche Zwecke			

### 4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer			telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz			Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort		



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

## 5 Zahlungsweg

<input type="checkbox"/> Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name)	
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

- Die Rente soll auf ein Konto außerhalb Deutschlands überwiesen werden.  
In diesem Fall ist eine Zahlungserklärung erforderlich. Die zutreffende Zahlungserklärung **Vordruck A1310, A1311 oder A1312 bitte ausfüllen und beifügen.**

### Bei Wohnsitz außerhalb Deutschlands:

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

## 6 Begründung des Anspruchs

<b>6.1</b> Hat die Waise das 18. Lebensjahr bereits vollendet?	
<input type="checkbox"/>	nein, bitte weiter bei Ziffer 7
<input type="checkbox"/>	ja
<b>6.2</b> Die Waisenrente wird beantragt wegen einer	
<input type="checkbox"/>	<b>Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen</b> , weiter bei Ziffer 6.3
<b>Vordruck R0616</b>	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
	vom - bis
<input type="checkbox"/>	<b>Ableistung eines Freiwilligendienstes</b> _____
<input type="checkbox"/>	<b>Behinderung</b> , bitte weiter bei Ziffer 6.4
<b>nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:</b>	
<b>6.2.1</b> Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?	
<input type="checkbox"/>	nein, <b>bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen</b> , weiter bei Ziffer 6.3
<b>Vordruck R0616</b>	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht
<input type="checkbox"/>	ja, <b>bitte Kindergeldbescheid beifügen</b>
Kindergeldbescheid	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> ist nicht beigefügt, weil _____



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**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 \_\_\_\_\_ **bitte Nachweise beifügen**, weiter bei Ziffer 6.5  
Freiwilligendienst bis \_\_\_\_\_ **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?

vom - bis

nein  ja \_\_\_\_\_  
**bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen**

## 7 Angaben zur Person aller weiteren leiblichen Elternteile, Stiefelternteile und Pflegeelternteile der unter Ziffer 2 und 3 aufgeführten Waisen

Vorname der Waise

Name, Vorname, Geburtsname der weiteren Elternteile

Geburtsdatum / Versicherungsnummer der weiteren Elternteile

Tag Monat Jahr

Anschrift (oder Sterbedatum der weiteren Elternteile)

Kindschaftsverhältnis



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

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

noch Ziffer 7

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

<b>8.1</b> Befand sich die Waise bis zum Tod des Versicherten in dessen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.2 Vorname der Waise seit <input type="checkbox"/> ja
<b>bitte Bescheinigung der Meldebehörde beifügen</b>
<b>8.1.1</b> War von vornherein eine zeitlich begrenzte Aufnahme in den Haushalt vorgesehen? für (Vorname der Waise) bis wann <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>8.2</b> Erhielt der Versicherte bis zu seinem Tod <b>Kindergeld</b> nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) / Bundeskindergeldgesetz (BKGG) von der Familienkasse, einem öffentlichen Arbeitgeber, einer Versorgungsbehörde? für (Vorname der Waise) von welcher Stelle, Aktenzeichen <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>bei einem Enkel, Bruder oder einer Schwester:</b> <b>8.3</b> Hat der Versicherte bis zu seinem Tod den Unterhalt der Waise getragen? für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>8.3.1</b> Haben andere Personen oder Stellen (zum Beispiel Träger der Jugendhilfe) <b>Unterhaltsleistungen</b> für eine der Waisen erbracht? für (Vorname der Waise) in welcher Höhe monatlich <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Name, Vorname, Anschrift / zahlende Stelle



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 9 Andere Leistungen

Beziehen oder bezogen die Waisen eine der nachstehenden Leistungen oder wurde eine dieser Leistungen beantragt?

### 9.1 Waisenrente aus der **gesetzlichen Rentenversicherung**

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Versicherungsnummer

### 9.2 Waisenrente aus der **gesetzlichen Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (bitte auch von Amts wegen eingeleitete Verfahren beziehungsweise Abfindungen angeben)

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

Jahr der Abfindung

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

Vorname der Waise

nein  ja

Name des Elternteils

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen

### 9.4 **Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Einstiegsgeld** von einem Jobcenter

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.5 Unterhaltsvorschuss** vom Jugendamt oder Sozialamt

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

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

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**9.7 Sozialhilfe, Grundsicherung** vom Sozialhilfeträger

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

**9.8 Kinderzuschlag** zum Kindergeld von der Familienkasse

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen





Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9.9 Jugendhilfe** vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII)

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

zahlende Stelle

Aktenzeichen

**9.10 Ausbildungsförderung** nach dem Bundesgesetz über individuelle Förderung der Ausbildung  
- Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG)

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

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)

Vorname der Waise

nein  ja

Bezugszeitraum vom - bis / beantragt am

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

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

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

ist beigefügt  wird nachgereicht  wurde weitergeleitet



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**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?

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

nein  ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

**10.2.3** Sind Sie privat krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

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

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

**10.2.4** 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** einzutragen

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

EUR

**10.2.4.1** Ist der Familienangehörige Rentner?

seit

nein  ja

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer



Versicherungsnummer  
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 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? (Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

nein  ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind  Stiefkind

Pflegekind

(Kind, das mit Ihnen durch ein auf längere Dauer angelegtes Pflegeverhältnis mit häuslicher Gemeinschaft verbunden ist / war, sofern es nicht gegen Vergütung aufgenommen wurde.)

**Nachweise** zu dieser Frage benötigen wir **nicht, wenn** die **Angaben** unter Ziffer 16 **bestätigt** werden.

Ansonsten benötigen wir wahlweise zum Beispiel (gegebenenfalls in Kopie): Nachweis über Geburt des Kindes, über Kindergeldzahlung oder über Vaterschaft, bei einem **Stiefkind** auch Heiratsurkunde / Eheurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde und Bestätigung der Meldebehörde über die häusliche Gemeinschaft, bei einem **Pflegekind** auch Bescheinigung über Anerkennung des Pflegekindschaftsverhältnisses und Bescheinigung über die häusliche Gemeinschaft.

**Hinweis:** Der Anspruch auf Waisenrente schließt in der Regel einen möglichen Anspruch auf Kindergeld nach dem EStG beziehungsweise dem BGG 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.

## 12 Dokumentenzugang

### 12.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

### 12.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

als Großdruck

in Braille (Kurzschrift)

in Braille (Vollschrift)

als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

### 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 - BVG, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG 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 Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- 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 - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und
- 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).

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

#### 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) 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 Krankenhausaufhalten beziehungsweise Rehabilitationsaufhalten) 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.

#### 15 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

##### 15.1 Einwilligungserklärung der / des Rentenberechtigten

**Ich willige ein**, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen erhalten darf, die er für die Entscheidung über den Waisenrentenantrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen 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 willige außerdem ein**, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110 / 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) - oder §§ 116 / 119 SGB X - die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

**Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen 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)

## 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 beigefügt

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 beigefügt:

Dienststempel

Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

