

Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

Eingangsstempel

Antrag auf

☐

**Weiterzahlung der Waisenrente für eine über
18 Jahre alte Waise**

☐

**erneute Zahlung (nach Zahlungsunterbrechung) der
Waisenrente für eine über 18 Jahre alte Waise**

R0615

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 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vorname
Geburtsname	Geburtsdatum

2 Angaben zur Person der über 18 Jahre alten Waise

Name	Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname	Namenszusatz zum Geburtsnamen	Vorsatzworte zum Geburtsnamen
Geburtsdatum	Versicherungsnummer der Waise	steuerliche Identifikationsnummer der Waise
Straße, Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl	Wohnort	
Land		
Telefon	Telefax	



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

4 Zahlungsweg

☐	Die Rente soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
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.



5 Begründung des Anspruchs

5.1 Die Waisenrente wird beantragt wegen einer

☐ **Ausbildung, bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen, weiter bei Ziffer 5.3**

Vordruck R0616 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ **Ableistung eines Freiwilligendienstes** vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

☐ **Behinderung, bitte weiter bei Ziffer 5.2**

nur bei Ableistung eines Freiwilligendienstes:

5.1.1 Besteht für Sie ein Kindergeldanspruch oder wurde Kindergeld beantragt?

☐ nein, **bitte Vordruck R0616 ausfüllen und beifügen, weiter bei Ziffer 5.3**

Vordruck R0616 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja, **bitte Kindergeldbescheid beifügen**

Kindergeldbescheid ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ ist nicht beigefügt, weil

5.1.2 Geht aus dem Kindergeldbescheid hervor, dass der Kindergeldanspruch auf einem Freiwilligendienst beruht?

☐ nein, **bitte die Vereinbarung mit dem Träger des Freiwilligendienstes beifügen, weiter bei Ziffer 5.3**

Vereinbarung ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

☐ ja, **bitte weiter bei Ziffer 5.3**

nur bei Behinderung:

5.2 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**

5.2.1 Erzielen Sie Arbeitsentgelt oder sonstiges Einkommen (zum Beispiel Krankengeld, Einkünfte aus Vermögen)?

☐ nein ☐ ja, **bitte Nachweise beifügen**

5.3 Haben Sie Wehrdienst, Zivildienst oder einen gleichgestellten Dienst geleistet?

☐ nein

☐ ja vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

bitte Dienstzeitbescheinigung beifügen, sofern sie noch nicht vorgelegt wurde



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5.4 Angaben bei Zahlungsunterbrechung

Bitte nur angeben, falls die Waisenrente weggefallen war / ist und die Zahlung zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) aufgenommen werden soll:

Welche Tatsachen waren / sind für die Unterbrechung maßgebend (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildungsstelle)?

bitte Nachweise über Zeiten unvermeidbarer Unterbrechung (zum Beispiel Krankheitsbescheinigung) **beifügen**

6 Fragen wegen Rechtsänderungen

- nur zu beantworten bei Anträgen auf erneute Zahlung (nach Zahlungsunterbrechung)

6.1 Hat der Versicherte vor dem 1.1.2012 während einer Arbeitslosigkeit von der Agentur für Arbeit Übergangsgeld, Unterhaltsgeld oder Eingliederungsgeld erhalten? Nicht gemeint sind Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe.

☐

nein

☐

ja,

vom

Tag

Monat

Jahr

bis

Tag

Monat

Jahr

Art der Leistung

Nachweise

☐

sind beigefügt

☐

liegen nicht mehr vor

☐

werden nachgereicht

6.2 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



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7 Andere Leistungen

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

7.1 Waisenrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung

☐

nein

☐

ja,

vom

Tag	Monat	Jahr	bis	Tag	Monat	Jahr

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

zahlende Stelle

Versicherungsnummer

7.2 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	bis	Tag	Monat	Jahr

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

zahlende Stelle

Jahr der Abfindung

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

Aktenzeichen

7.3 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

Name des Elternteils

☐

nein

☐

ja

Versorgungsdienststelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7.4 Grundsicherungsgeld / Bürgergeld, Einstiegsgeld von einem Jobcenter

☐

nein

☐

ja,

vom

Tag Monat Jahr

bis

Tag Monat Jahr

beantragt am

Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

7.5 Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt oder Sozialamt

☐

nein

☐

ja,

vom

Tag Monat Jahr

bis

Tag Monat Jahr

beantragt am

Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

7.6 Versorgungsrente vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder einer entsprechenden ausländischen Stelle

☐

nein

☐

ja,

vom

Tag Monat Jahr

bis

Tag Monat Jahr

beantragt am

Tag Monat Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

7.7 Sozialhilfe, Grundsicherung vom Sozialhilfeträger

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

7.8 Kinderzuschlag zum Kindergeld von der Familienkasse

☐ nein

☐ ja, vom

Tag	Monat	Jahr

 bis

Tag	Monat	Jahr

beantragt am

Tag	Monat	Jahr

zahlende Stelle

Aktenzeichen

7.9 Jugendhilfe vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch

☐ 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)

7.10 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

7.11 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

zahlende Stelle

Aktenzeichen

Art der Leistung

8 Krankenversicherung der Rentner (KVdR)

8.1 Bei welcher **gesetzlichen Krankenkasse** erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"? Angaben nur bei Antrag auf erneute Zahlung der Waisenrente erforderlich

Name der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

Anschrift der Krankenkasse / Verwaltungsstelle

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

☐ ist beigelegt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet



8.2 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 9

☐ ja

8.2.1 Wird zu einer weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

☐ nein ☐ ja

8.2.2 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)

8.2.3 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 8.2.4

☐ 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 8.2.5

8.2.4 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 9

☐ 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)

8.2.5 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer **privaten Krankenversicherung** für Familienangehörige berücksichtigt werden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 9

☐ 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

8.2.6 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein

☐ ja, seit

Tag	Monat	Jahr

Versicherungsnummer

Rentenversicherungsträger

9 Pflegeversicherung

Bitte beantworten, wenn Sie das 23. Lebensjahr bereits vollendet haben oder demnächst vollenden werden:

9.1 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 14 **von einer Antrag aufnehmenden Stelle bestätigt** werden.



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 Waise

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 7 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 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 Grundsicherungsgeld / 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.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

12 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 13.



Versicherungsnummer
der / des verstorbenen Versicherten

Kennzeichen
(soweit bekannt)

13 Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bei Antrag auf Waisenrente wegen Behinderung

13.1 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 13.2.

Ort, Datum

Unterschrift der / des Rentenberechtigten



Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	Kennzeichen (soweit bekannt)

13.2 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

14 Bestätigungsvermerk

Das Kindschaftsverhältnis für die Pflegeversicherung (siehe Ziffer 9) wird bestätigt. Es hat vorgelegen:	
☐	Geburtsurkunde (Abstammungsurkunde) des Kindes der Waise
☐	Familienbuch / Familienstammbuch der Waise
☐	
Es ist beigelegt:	
_____ Dienststempel	_____ Datum, Unterschrift der / des Aufnehmenden

15 Anlagen

