

**B Particulars of the widow / widower
(Please provide information on orphans
in section H)**

**Personalien der Witwe / des Witwers
(Personalien der Waise(n) bitte in
Abschnitt H eintragen)**

1	Family name		Familienname						
2	Given names (underline name normally used)		Vornamen (Rufname unterstreichen)						
3	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)						
4	Other names used in the past		Frühere Namen						
5	Date of birth (Please enclose the birth certificate.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
6	Citizenship Proof required (see Part O)		Staatsangehörigkeit Nachweis erforderlich (s. Teil O)						
7	Present address		Derzeitige Anschrift						
8	Telephone number Fax no.		Telefonnummer Telefax-Nr.						
9	When did you leave Germany?	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Wann haben Sie Deutschland verlassen?
day Tag	month Monat	year Jahr							
10	Own German insurance number of the widow / widower		Eigene deutsche Versicherungs- nummer der Witwe / des Witwers						
11	U.S. Social Security Number		U.S. Sozialversicherungsnummer						
12	Date of marriage to the insured person (Please enclose the marriage certificate.)	<table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Tag der Eheschließung mit dem Versicherten (Bitte Heiratsurkunde beifügen)
day Tag	month Monat	year Jahr							
13	Did this marriage continue until the death of the insured person?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Bestand die Ehe bis zum Tod des Versicherten?						
14	Have you remarried since the death of the insured person? If yes, date of remarriage	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <table border="1"> <tr> <td>day Tag</td> <td>month Monat</td> <td>year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet? Falls ja, Tag der Wiederheirat
day Tag	month Monat	year Jahr							

**C Application filed by another person
(please enclose authority)**

**Antragstellung durch andere
Person (Vollmacht bitte beifügen)**

	The application is lodged by the following person on applicant's behalf		Der Antrag wird in Vertretung gestellt von
1	Family name		Familienname
2	Given names (underline name normally used)		Vornamen (Rufname unterstreichen)
3	as	<input type="checkbox"/> legal representative gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> legal guardian Vormund <input type="checkbox"/> custodian Betreuer <input type="checkbox"/> authorized representativer Bevollmächtigter	in der Eigenschaft als
4	Postal address		Anschrift
5	Telephone number Fax no.		Telefonnummer Telefax-Nr.

D Type of benefit claimed		Beantragte Leistungsart
1	Widow's / Widower's benefit	<input type="checkbox"/> Witwenrente / Witwerrente
2	Widow's / Widower's benefit from the next to last spouse	<input type="checkbox"/> Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten
3	Widow's / Widower's benefit of spouses divorced before July 1, 1977 (please enclose divorce decree)	<input type="checkbox"/> Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedenen Ehegatten (Scheidungsurteil bitte beifügen)
4	Orphan benefit (particulars of the orphans in section H)	<input type="checkbox"/> Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Abschnitt H)

E Further information concerning the pension application		Weitere Angaben zum Renten Antrag
1	<p>Was the death of the insured person caused by an industrial injury, occupational disease or similar?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes,</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden?</p> <p>Falls ja,</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p>
2	<p>Was the death of the insured person caused by other persons or was it caused by an accident?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes,</p> <p>- cause</p> <p>- date of accident</p> <p>If the death was caused by another person, please indicate:</p> <p>Name and address of the responsible person</p>	<p>Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden?</p> <p>Falls ja,</p> <p>- Ursache</p> <p>- Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:</p> <p>Name und Anschrift des Schädigers angeben</p>
3	<p>Has a claim for compensation of damages been lodged?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, against whom? Indicate name and address</p> <p>Reference number</p>	<p>Wurden Schadenersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? Name und Adresse angeben</p> <p>Aktenzeichen</p>
4	<p>Did the deceased person apply for or receive a German, U.S. or other foreign pension?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <p>- periods benefits were received</p> <p>- type of benefit</p> <p>- insurance agency (name and address)</p> <p>- insurance or reference number</p>	<p>Hat der verstorbene Versicherte bereits eine deutsche, amerikanische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <p>- Zeit des Bezuges</p> <p>- Art der Rente</p> <p>- Versicherungsträger (Name und Adresse)</p> <p>- Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>

F Further information concerning the widow's / widower's Pension		Weitere Angaben zur Witwenrente / Witwerrente
<p>(Only to be filled in if the widow / widower has not yet reached the age of 45)</p>		<p>(Nur ausfüllen, falls die Witwe / der Witwer noch nicht das 45. Lebensjahr vollendet hat)</p>
1	<p>Are you bringing up at least one child under the age of 18 or taking care of a handicapped child who is therefore not able to support her / himself?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <p>- child's name</p> <p>- child's date of birth</p>	<p>Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <p>- Name des Kindes</p> <p>- Geburtsdatum des Kindes</p>
2	<p>Do you consider yourself to be of reduced earning capacity?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>

bitte wenden
please turn over

G Additional information about the widow / widower

Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers

1	<p>Have you applied for an insured pension from the German or foreign social security pension insurance, or is such a pension being received?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - type of benefit - amount of monthly benefit - insurance agency - insurance or reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie eine Versichertenrente aus der deutschen oder ausländischen Rentenversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Leistung - Höhe der monatlichen Leistung - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen 						
2	<p>Do you receive from the month of death of the insured</p> <ul style="list-style-type: none"> - income resulting from <ul style="list-style-type: none"> - employment <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja - self-employment <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja - comparable income (e.g. employers compensation as a result of dismissal)? <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <p>If yes,</p> <ul style="list-style-type: none"> - monthly income amount (Please attach certificate) 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Beziehen Sie vom Monat des Todes des Versicherten an</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwerbseinkommen aus einer <ul style="list-style-type: none"> - abhängigen Beschäftigung - selbständigen Tätigkeit - dem Erwerbseinkommen vergleichbares Einkommen (z. B. Abfindung des Arbeitgebers infolge Entlassung)? <p>Falls ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Höhe des monatlichen Einkommens (Bescheinigung bitte beifügen) 						
3	<p>Do you receive other income in lieu of earnings from state schemes (e.g. sickness benefit, unemployment benefit, accident benefit from Germany, U.S.A. or another state, civil service pension)?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - type of benefit - level of the monthly payment - agency - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Beziehen Sie anderes eigenes Erwerbseinkommen aus öffentlich-rechtlichen Systemen (z. B. Krankengeld, Arbeitslosengeld, Unfallrente aus Deutschland, den USA oder einem anderen Staat, Beamtenpension)?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art der Leistung - Höhe der monatlichen Leistung - Leistungsträger - Aktenzeichen 						
4	<p>Are there any children of an orphan's benefit age for whom no orphan's benefit is applied for because they are not children of the deceased?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - child's family and given name - child's date of birth for children who have reached the age of 18: - type of education or "handicapped" 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <table border="1" data-bbox="694 1597 1002 1664"> <tr> <td style="text-align: center;">day Tag</td> <td style="text-align: center;">month Monat</td> <td style="text-align: center;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				<p>Sind Kinder im waisenrentenberechtigten Alter vorhanden, für die keine Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben: - Art der Ausbildung oder "behindert"
day Tag	month Monat	year Jahr							
5	<p>Have you applied for or received a survivor's pension or lump-sum settlement from the German or foreign workmen's compensation plan or has compensation been granted for this?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency - state - reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen oder ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, sind anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Staat - Aktenzeichen 						

6	During the last year, have you received benefits from Germany (e. g. public assistance, assistance or pension benefits to war victims)?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja		Haben Sie während des letzten Jahres Leistungen von einem deutschen Sozialleistungsträger oder einer anderen öffentlichen Stelle bezogen (z. B. Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, Versorgungsbezüge)?
	If yes , please indicate			Falls ja , sind anzugeben:
	- type of benefits	from / vom	to / bis	- Art der Leistung
	- periods benefits were received			- Zeitraum des Leistungsbezuges
- insurance agency			- Versicherungsträger	
- reference number			- Aktenzeichen	

H Particulars of the orphan(s)
A form D / USA 2 is to be filled in for each orphan of legal age.

Personalien der Waise(n)
Für jede volljährige Waise ist ein eigenes Formblatt D / USA 2 auszufüllen.

1	Family name of orphan	Given name	Date of birth	Child's relationship to the insured person	For orphans over 18: type of education or apprenticeship or "handicapped"	Citizenship
	Nachname der Waise	Vorname	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis zum Versicherten	Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert"	Staatsangehörigkeit
2	Postal address			Anschrift		

Only to be completed if the application is not made by the orphan

Nur ausfüllen, wenn der Antrag nicht von der Waise gestellt wird

3	The applicant is		Der Antragsteller ist der
	- the legal representative of the minor orphan(s)	<input type="checkbox"/>	- gesetzliche Vertreter der minderjährigen Waise(n)
	- authorized representative of an orphan who has attained legal age (submit power of attorney)	<input type="checkbox"/>	- Bevollmächtigte der volljährigen Waise (Vollmacht beifügen)
- legal guardian or custodian of the orphan (submit appointment certificate)	<input type="checkbox"/>	- Vormund oder Betreuer der Waise (Bestellungsurkunde beifügen)	

I Additional information about the orphans

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

1	Has any of the orphans applied for or received one of the following benefits?			Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?
	1.1 - an orphan's pension from a German corporate insurance of an occupational group or from a pension institute of an occupational group or in accordance with civil service regulations?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja		- Waisengeld aus einer deutschen öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung einer Berufsgruppe oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften?
	If yes , please indicate			Falls ja , sind anzugeben:
	- given name of the orphan			- Vorname der Waise
	- name of the deceased parent			- Name des verstorbenen Elternteils
	- pension agency			- Versorgungsdienststelle
	- reference number			- Aktenzeichen

bitte wenden
please turn over

		Additional information concerning employments and self-employments in Germany				
Period from - to	Please describe the type of performed employment or self-employment (for substitute and accounted periods please indicate type of period)	Name and address of employer / enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	working hours If not, full-time employment	earnings gross wages DM monthly, from Jan 1st 2002 EUR monthly	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, compensation insurance)	If no proof can be submitted: Do you have witnesses?
Zeitraum vom - bis	Genauere Bezeichnung der ausge- übten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatz- und Anrechnungszeiten ist die Art der Zeit anzugeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens bei Selbständigkeit ist "selbständig" anzugeben	Arbeitszeit Falls nein, Vollzeit- beschäfti- gung	Arbeitsverdienst monatlicher Bruttolohn in DM , ab 01.01.2002 in EUR	Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)	Falls keine Unter- lagen beigefügt werden können: Sind Zeugen vor handen?
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden <input type="checkbox"/> yes ja _____	_____		

bitte wenden
please turn over

If you do not have enough space please turn over! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte wenden!

		Additional information concerning employments and self-employments in Germany				
Period from - to	Please describe the type of performed employment or self-employment (for substitute and accounted periods please indicate type of period)	Name and address of employer / enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	working hours If not, full-time weekly employ- working ment hours	earnings gross wages DM monthly, from Jan 1st 2002 EUR monthly	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, compensation insurance)	If no proof can be submitted: Do you have witnesses?
		Zusätzliche Angaben bei Beschäftigungen und selbständigen Tätigkeiten in Deutschland				
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausge- übten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatz- und Anrechnungszeiten ist die Art der Zeit anzugeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens bei Selbständigkeit ist "selbständig" anzugeben	Arbeitszeit Falls nein, Vollzeit- wöchentl. beschäfti- Arbeitszeit gung in Stunden	Arbeitsverdienst monatlicher Bruttolohn in DM , ab 01.01.2002 in EUR	Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)	Falls keine Unter- lagen beigefügt werden können: Sind Zeugen vor handen?
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			
			<input type="checkbox"/> no hours nein Stunden			
			<input type="checkbox"/> yes ja _____			

If you do not have enough space please use an extra sheet! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

K Further information concerning the insurance record

Weitere Angaben zum Versicherungsleben

1	Did any German insurance agency ever make a refund of contributions to the deceased person? If yes , please indicate - insurance agency - insurance or reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind dem Verstorbenen jemals deutsche Beiträge erstattet worden? Falls ja , sind anzugeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
2	Are you or the deceased person a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law? If yes , please indicate - restitution authority - reference number	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind Sie oder der Verstorbene Verfolgte(r) des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes? Falls ja , sind anzugeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
3	Are you or the deceased person an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? If yes, please submit a document for expelled persons.	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Sind Sie oder der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? Falls ja, Vertriebenenausweis bitte beifügen.

L Decedent's periods of child-raising

Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen

1	Did the deceased person raise children? If yes , please indicate particulars about the children	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Hat der Verstorbene Kinder erzogen? Falls ja , bitte Personalien der Kinder angeben:		
Family name, Given names Nachname, Vornamen		Date of birth Geburtsdatum		Place of birth, state Geburtsort, Staat	
child No. 1		day Tag month Monat year Jahr			1. Kind
child No. 2		day Tag month Monat year Jahr			2. Kind
child No. 3		day Tag month Monat year Jahr			3. Kind
2	Has another person already lodged an application for taking into account these periods of child-raising for these children? If yes , please indicate - family name, given name - insurance number or dat of birth	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , sind anzugeben: - Name, Vorname - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum		

M Declaration of payment

Zahlungserklärung

1	Benefits shall be paid by remittance in favour of my account with a financial institution abroad , i. e. outside the Federal Republic of Germany.	<input type="checkbox"/>	Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut im Ausland , d. h. außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.
Name and address of beneficiary's Bank		Name und Anschrift der Bank des Zahlungsempfängers	
City, state and zip code		Ort, Staat, Postleitzahl	
Routing number & check digit		[][][][] - [][][][][]	
My account number		Meine Kontonummer	
Type of account - Cheque account (C) - Savings account (S)		Art des Kontos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		- Scheck-Konto - Spar-Konto	

**bitte wenden
please turn over**

2	Benefits shall be paid by remittance in favour of my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany.	<input type="checkbox"/>	Die Leistung soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.
	Name and address of financial institution		Name und Anschrift des Geldinstituts
	IBAN	IBAN (International Bank Account Number)	IBAN
	BIC	BIC (Bank Identifier Code)	BIC
3	Benefits shall be paid by forwarding of cheque to my address.	<input type="checkbox"/>	Die Leistung soll durch Scheckzahlung an meine Anschrift gezahlt werden.
4	- The pension arrears - The current pension shall be paid by remittance to the account / trust account of an authorized person opened in the Federal Republic of Germany.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	- Die Rentennachzahlung - Die laufende Rente soll durch Überweisung auf das in der Bundesrepublik Deutschland eingerichtete Konto / Anderkonto eines Bevollmächtigten gezahlt werden.
	Name, address of the holder of the account		Name, Anschrift des Kontoinhabers
	Name, address of financial institution		Name, Anschrift des Geldinstituts
	IBAN	IBAN (International Bank Account Number)	IBAN
	BIC	BIC (Bank Identifier Code)	BIC
5	The above account mentioned under item 1 or 2 is operated on my behalf	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja	Das oben unter 1 oder 2 genannte Konto wird unter meinem Namen geführt
	If no , the above account is operated on behalf of		Falls nein , das oben genannte Konto lautet auf
	- Surname, given name		- Name, Vorname
	- Relationship to the applicant		- Familienverhältnis zum Antragsteller
	- Address		- Anschrift
6	I have exclusive right of disposal of the above account	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja	Ich bin allein verfügungsberechtigt über das oben genannte Konto
	If no , the account authorization bearer is herewith requested to sign, too.		Falls nein , bitte auch den Inhaber der Kontovollmacht unterschreiben lassen.
	Account authorization was granted to		Kontovollmacht wurde erteilt für
	- Surname, given name		- Name, Vorname
	- Relationship to the applicant		- Familienverhältnis zum Antragsteller
	- Address		- Anschrift

7	<p>I hereby authorize the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due to me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated above for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month prior to maturity in the State of New York. I have noted, however, that for technical reasons the first time such an electronic transfer is made to my account in the U.S.A. it will not take place until ten banking days after the first banking day of the month. This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.</p> <p>I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me in this form.</p> <p>I undertake to inform the</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13497 BERLIN GERMANY</p> <p>as pension paying office immediately by letter of any change in my circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I undertake to pay back overpaid amounts to the Deutsche Post AG. For this purpose I have instructed the financial institution that keeps my account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, this instruction also being effective for my heirs. It may only be revoked by myself and not by my heirs.</p> <p>To payments by the Federal Miners' Insurance Institution this obligation applies in a general manner. To inform the Federal Miners' Insurance Institution, following address has to be used:</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 44781 BOCHUM GERMANY</p>	<p>Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das oben genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag vor dem Fälligkeitsmonat im Staat New York zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die erste derartige Überweisung auf ein Konto in den U.S.A. aus technischen Gründen zehn Bankarbeitstage nach dem ersten Bankarbeitstag des Monats erfolgt. Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit, bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit dazu hat, danach zu verfahren.</p> <p>Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>Ich verpflichte mich, die</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13497 BERLIN DEUTSCHLAND</p> <p>als Rentenüberweisungsstelle über jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich zu informieren. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.</p> <p>Bei Zahlungen durch die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gilt diese Verpflichtung sinngemäß. Für Mitteilungen an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist folgende Anschrift zu verwenden:</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 44781 BOCHUM DEUTSCHLAND</p>
<p>_____ Date / Datum Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers Signature of spouse, if a joint account / Unterschrift des Ehegatten bei Gemeinschaftskonto Signature of the account authorization's bearer / Unterschrift des Inhabers der Kontovollmacht</p>		

N Declaration

Erklärung

I assure that I have answered all questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.

I obligate myself to inform the relevant insurance agency of

- any change in my family circumstances and the application and receipt of benefits and income listed under section G and I.
- any changes which affect the drawing of the survivors' / orphans' pension (e.g. interruption or termination of training)
- death of the child

in writing and to pay back overpaid amounts to the insurance agency.

I herewith authorize the U.S. Social Security Administration to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, the insured status (U.S. Earnings Record), retirement, survivors or disability insurance and child' insurance benefit claims and their

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Versicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Leistung unverzüglich

- jede Änderung meiner Familienverhältnisse und die Beantragung und den Empfang der unter Abschnitt G und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen- / Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- den Tod des Kindes usw.

schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ermächtige hiermit die U.S. Social Security Administration, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingeigenschaft, den U.S.-Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderrente sowie dessen Höhe, zu

amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** the U.S. Social Security Administration to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.

I agree that any information and evidence submitted, which applies to this claim or which is needed after a decision is reached concerning this claim can be given by the U.S. Social Security Administration to the competent German insurance agency, and by the competent German insurance agency to the U.S. Social Security Administration, for their use in determining benefit rights.

Only for applications for the major widow's / widower's pension if you have not yet reached the age of 45, are not bringing up children and consider yourself to be of reduced earning capacity, as well as for applications for orphan's pension owing to handicap: If it is necessary for the benefit claimed, **I agree** that all medical evaluations and reports submitted for the claim or contained in the files may be examined and used by the competent German insurance agencies or the U.S. Social Security Administration. I further agree that the treating physicians, psychologists and institutions may furnish any necessary information about my health to these agencies. This includes sending any document currently in their possession.

geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächte ich** die U.S. Social Security Administration zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.

Ich bin damit einverstanden, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der U.S. Social Security Administration dem zuständigen deutschen Versicherungsträger und vom zuständigen deutschen Versicherungsträger der U.S. Social Security Administration zur Verfügung gestellt werden können, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Nur für Anträge auf große Witwen- / Witwerrente, wenn Sie das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung: Soweit für die Beantragte Leistung erforderlich, **bin ich damit einverstanden**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die im Rentenverfahren vorgelegt werden oder in den Akten enthalten sind, von dem zuständigen deutschen Versicherungsträger oder der U.S. Social Security Administration eingesehen und verwertet werden können. Ich bin ferner damit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden Unterlagen ein.

Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers	
Date / Datum	Signature / Unterschrift

O Confirmation by the U.S. Social Security Administration

Bestätigung der U.S. Social Security Administration

Day of application in accordance with Article 14 Section 1 of the Agreement	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Tag der Antragstellung nach Art. 14 Abs. 1 des Abkommens
day Tag	month Monat	year Jahr						
Personal data of the decedent and applicant (family name, given name, date of birth resp. of death as well as the citizenship) are confirmed by:		Die Angaben zur Person des Verstorbenen und des Rentenbewerbers (Familienname, Vorname, Geburts- bzw. Todesdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:						
a valid passport	<input type="checkbox"/>	gültigen Reisepass						
other documents (please specify)		sonstige Urkunden (bitte angeben)						
Date	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">day Tag</td> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">month Monat</td> <td style="width: 15%; text-align: center; font-size: small;">year Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	day Tag	month Monat	year Jahr				Datum
day Tag	month Monat	year Jahr						
Signature		Unterschrift						
Stamp of the U. S. Social Security Administration		Stempel der U. S. Social Security Administration						