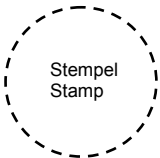


Lebens- und Staatsangehörigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei
Certificate of Life/Nationality for submission to _____

Versicherungsnummer / Insurance policy number

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

Teil A Erklärung des Rentenberechtigten Part A Declaration of the pension recipient/beneficiary		Zutreffendes bitte ankreuzen Please mark applicable with an	X
A1	Name, Vorname Surname, first name	Geburtsdatum Date of birth	
	Geburtsname Maiden name		
	Anschrift / Address		
	Land / Country		
A2	Nur für Witwen und Witwer: Hat der/die Berechtigte wieder geheiratet? Only for widows and widowers: Has the pensioner remarried since payment of widows pension payment began? <input type="checkbox"/> nein/no	<input type="checkbox"/> ja/yes Datum der Heirat: Date of marriage:	
A3	Datum Date	Unterschrift des Rentenempfängers/Berechtigten (Vor- und Nachname) Signature of the pension recipient/beneficiary (First name and surname)	
Teil B Amtliche Bestätigung / Part B Official certification			
B	I. Der Rentenempfänger lebt und hat folgende Unterlagen vorgelegt The beneficiary is alive and has submitted the following documents <input type="checkbox"/> Reisepass / Passport <input type="checkbox"/> Personalausweis / Identity card <input type="checkbox"/> Staatsangehörigkeitsausweis / Certificate of nationality <input type="checkbox"/> Diese Bestätigung erfolgt aufgrund der laufenden Zahlung einer Leistung von der Deutschen Rentenversicherung. / Confirmation based on an ongoing payment of a benefit by the Deutsche Rentenversicherung.		
ausgestellt am / issued on		gültig bis / valid until	
mit der Nummer / with the number			
II. Die vorgelegten Unterlagen oder das Register enthalten folgende Angaben The documents submitted or the register contain the following information Staatsangehörigkeit / Nationality			
III. Aus gesundheitlichen Gründen (s. beigefügte Anlage / ärztliches Attest) hat anstelle des/der Rentenberechtigten folgende Person vorgeschprochen: The following person appeared on behalf of the pension recipient on grounds of the recipient's health (s. enclosure / attached medical certificate): Name und Adresse / Name and address			
Amtliche Stelle / Official authority			 Stempel Stamp
Ort, Datum / Place, Date			
Unterschrift / Signature			