



|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>C1</b>                                                   | <b>Bestätigung eines Arztes/einer Pflegeeinrichtung/eines Krankenhauses</b><br><i>Bir doktordan/bakım kuruluşundan/hastaneden onay</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |
|                                                             | <p>Dies ersetzt nicht die Bestätigung der berechtigten Stelle in Teil B.<br/> <i>Bu, yetkili kuruluşun B! bölümündeki onayının yerine geçmez.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Die rentenberechtigte Person lebt, kann aber nicht persönlich bei einer berechtigten Stelle vorsprechen.<br/> <i>Emekli maaşı almaya hak kazanan kişi hayattadır ancak yetkili bir kuruluşa şahsen gelemedi.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Die rentenberechtigte Person lebt, kann aber nicht eigenhändig unterschreiben.<br/> <i>Emekli maaşı almaya hak kazanan kişi hayattadır ve eliyle imza atamıyordu.</i></p> |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |
|                                                             | <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arzt / Doktor</td> <td rowspan="3">Stempel Arzt/Pflegeeinrichtung/<br/>Krankenhaus<br/>Doktor/bakım kuruluşu/hastane<br/>mührü</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung / Bakım kuruluşu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krankenhaus / Hastane</td> </tr> </table><br><p>.....<br/> Name / Adı</p> <p>.....<br/> Aktuelle Anschrift / Güncel adres</p> <p>.....<br/> Ort, Datum<br/> Yer, tarih</p> <p>.....<br/> Unterschrift<br/> İmza</p>                                                                         | <input type="checkbox"/> Arzt / Doktor | Stempel Arzt/Pflegeeinrichtung/<br>Krankenhaus<br>Doktor/bakım kuruluşu/hastane<br>mührü | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung / Bakım kuruluşu | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Hastane |
| <input type="checkbox"/> Arzt / Doktor                      | Stempel Arzt/Pflegeeinrichtung/<br>Krankenhaus<br>Doktor/bakım kuruluşu/hastane<br>mührü                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung / Bakım kuruluşu |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Hastane              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                        |                                                                                          |                                                             |                                                |

|           |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>C2</b> | <b>Ergänzende Angaben zur Person, die anstelle der rentenberechtigten Person vorgesprochen hat</b><br><i>Emekli maaşı almaya hak kazanan kişinin yerine gelen kişi hakkında tamamlayıcı bilgiler</i>             |
|           | <p>.....<br/> Name / Adı</p> <p>.....<br/> Aktuelle Anschrift / Güncel adres</p> <p>.....<br/> Ort, Datum<br/> Yer, tarih</p> <p>.....<br/> Unterschrift der vorsprechenden Person<br/> Gelen kişinin imzası</p> |

|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                          |                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>D</b>                                                                                 | <b>Mitteilung bei Tod der rentenberechtigten Person</b><br><i>Emekli maaşı alma hakkına sahip kişinin vefatı durumunda bildirim</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                          |                                                                                                            |
|                                                                                          | <p>Bitte Sterbeurkunde in Kopie beifügen<br/> Lütfen ölüm belgesinin bir kopyasını ekleyin</p> <p><input type="checkbox"/> Die rentenberechtigte Person ist verstorben. Datum des Todes:<br/> <i>Emekli maaşı alma hakkına sahip kişi öldü. Ölüm tarihi:</i></p> <table border="1" data-bbox="1117 1556 1436 1624"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table><br><table border="0"> <tr> <td>.....<br/> Angabe zur Person, die den Tod mitteilt<br/> Ölümü bildiren kişi ile ilgili bilgi</td> <td>.....<br/> Verhältnis zur<br/> rentenberechtigten Person<br/> Emekli maaşı alma hakkına sahip<br/> kişi ile ilişki</td> </tr> </table> <p>.....<br/> Aktuelle Anschrift / Güncel adres</p> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | .....<br>Angabe zur Person, die den Tod mitteilt<br>Ölümü bildiren kişi ile ilgili bilgi | .....<br>Verhältnis zur<br>rentenberechtigten Person<br>Emekli maaşı alma hakkına sahip<br>kişi ile ilişki |
|                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                          |                                                                                                            |
| .....<br>Angabe zur Person, die den Tod mitteilt<br>Ölümü bildiren kişi ile ilgili bilgi | .....<br>Verhältnis zur<br>rentenberechtigten Person<br>Emekli maaşı alma hakkına sahip<br>kişi ile ilişki                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                          |                                                                                                            |

Original zurück an  
Orijinalinin geri gönderileceği yer

**Deutsche Post AG**  
**Niederlassung Renten Service**  
**04078 Leipzig**  
**GERMANY**

Weitere Informationen zur Lebensbescheinigung  
finden Sie unter  
Yaşam sertifikası hakkında daha fazla bilgiyi şu  
adreste bulabilirsiniz  
**www.rentenservice.de/LB**