Lebensbescheinigung 2026
Levnadsintyg 2026

Deutsche Post

Versicherungsnummer / *Försäkringsnummer*

A1 **Daten der rentenberechtigten Person**
Uppgifter om den pensionsberättigade

Vor-/Nachname
För-/efternamn

Geburtsdatum
Födelsedatum

Geburtsname
Födelsenamn

Aktuelle Anschrift
Aktuell adress

Identifikationskennzeichen
Personnummer oder Samordningsnummer

Nur für Witwen und Witwer: Hat die/der Berechtigte wieder geheiratet?
Endast för änkor och änkemän: Har pensionären gift om sig sedan betalning av änkepension påbörjades?

Datum der Heirat / *Datum för vigsel*

A2 **Eigenhändige Unterschrift der rentenberechtigten Person**
Egenhändig underskrift av den pensionsberättigade

..... Ort, Datum
plats, datum

..... Unterschrift
Underskrift

B **Bestätigung durch berechtigte Stelle**
Bekräftelse av ett auktoriserat organ

Wenn anstelle der rentenberechtigten Person eine andere Person vorspricht, ist (zusätzlich zu Teil B) auch Teil C1 und C2 auszufüllen.
Om en annan person är ombud för den pensionsberättigade ska även del C1 och C2 fyllas i (utöver del B).
Zur Bestätigung berechtigte Stellen: Botschaften, Konsulate, Behörden, Stadtverwaltung, Rentenversicherungsträger, Krankenkasse, Krankenhaus, Geldinstitut, Rotes Kreuz, Pfarramt, Rabbinat, Notar, Poliklinik
Organ som är behöriga att intyga: ambassader, konsulat, myndigheter, stadsförvaltning, pensionsförsäkringsgivare, försäkringskassa, sjukhus, finansinstitut, Röda Korset, pastorsexpedition, judisk församling, notarier, polikliniker

Die rentenberechtigte Person hat
Den pensionsberättigade

☐ persönlich vorgesprochen
inställt sig personligen

☐ nicht persönlich vorgesprochen (weitere Angaben erforderlich in Teil C2)
inte inställt sig personligen (ytterligare information krävs del C2)

Stempel der Bestätigungsstelle
Det intygande organets stämpel

..... Ort, Datum
plats, datum

..... Name Mitarbeiter*in
Medarbetarens namn

..... Unterschrift der Bestätigungsstelle
Underskrift av det intygande organet

☐ Behörde / *Myndighet*
☐ Bank / *Bank*
☐ Sonstige / *Övriga*

C1 Bestätigung eines Arztes/einer Pflegeeinrichtung/eines Krankenhauses

Intyg från läkare/vårdinrättning/sjukhus

Dies ersetzt nicht die Bestätigung der berechtigten Stelle in Teil B.
Detta ersätter inte intyget från det auktoriserade organet i del B.

☐ Die rentenberechtigte Person lebt, kann aber nicht persönlich bei einer berechtigten Stelle vorsprechen.
Den pensionsberättigade lever men kan inte infinna sig personligen vid ett auktoriserat organ.

☐ Die rentenberechtigte Person lebt, kann aber nicht eigenhändig unterschreiben.
Den pensionsberättigade lever och kan inte skriva under egenhändigt.

☐ Arzt / *Läkare*

☐ Pflegeeinrichtung / *Vårdinrättning*

☐ Krankenhaus / *Sjukhus*

Stempel Arzt/Pflegeeinrichtung/ Krankenhaus
Stämpel läkare/vårdinrättning/sjukhus

.....
Name / *Efternamn*

.....
Aktuelle Anschrift / *Aktuell adress*

.....
Ort, Datum
plats, datum

.....
Unterschrift
Underskrift

C2 Ergänzende Angaben zur Person, die anstelle der rentenberechtigten Person vorgesprochen hat

Ytterligare information om den pensionsberättigades ombud

.....
Name / *Efternamn*

.....
Aktuelle Anschrift / *Aktuell adress*

.....
Ort, Datum
plats, datum

.....
Unterschrift der vorsprechenden Person
Underskrift av ombudet

D Mitteilung bei Tod der rentenberechtigten Person

Underrättelse vid pensionsberättigad persons död

Bitte Sterbeurkunde in Kopie beifügen
Bifoga en kopia av dödsattesten

☐ Die rentenberechtigte Person ist verstorben. Datum des Todes:
Den pensionsberättigade har avlidit. Datum för dödsfallet:

.....
Angabe zur Person, die den Tod mitteilt
Uppgifter om den person som anmäler dödsfallet

.....
Verhältnis zur rentenberechtigten Person
Relation till den pensionsberättigade

.....
Aktuelle Anschrift / *Aktuell adress*

Original zurück an
Originalet skickas tillbaka till

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
04078 Leipzig
GERMANY

Weitere Informationen zur Lebensbescheinigung finden Sie unter
Ytterligare information om levnadsintyget finns på
www.rentenservice.de/LB