

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |



Eingangsstempel

**Fragebogen zur Herstellung von Versicherungsunterlage
nach dem Fremdrentengesetz (FRG) zum Beispiel in Ungarn,
Bulgarien, der Tschechoslowakei und deren Nachfolgestaaten**

V0710

Für Zeiten in Polen, Rumänien sowie der ehemaligen Sowjetunion und deren Nachfolgestaaten sind die Vordrucke V0720, V0712 oder V0711 zu verwenden.

Hinweis: Um Ihr Versicherungskonto überprüfen und ergänzen zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) - 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 erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen. Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

1 Angaben zur Person

Bitte in den Feldern Name, Vorname, Geburtsname und frühere Namen die im Herkunftsland geführten Namen oder Schreibweisen in Klammern hinzusetzen.

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| Name | | Vorname (Rufname) | |
| Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf) | | Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de) | Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.) |
| Geburtsname | | frühere Namen | |
| Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> ohne Eintrag <input type="checkbox"/> divers | | |
| Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit) | | | |
| Geburtsort (Kreis, Land) | | | |
| Vatersname (Angabe bei bulgarischen Versicherungszeiten erforderlich) | | | |
| Geburtsname der Mutter (Angabe bei ungarischen Versicherungszeiten erforderlich) | | | |
| Straße, Hausnummer | | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | |
| Adresszusatz | | Telefax (Angabe freiwillig) | |
| Postleitzahl | Wohnort | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 1

| | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|---|-----|-------|------|--|--|--|------------------------------|
| Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat) | | letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland) | | | | | | | |
| Zuzug aus dem Ausland? | | Ort, Gebiet, Staat | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, am | <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | Tag | Monat | Jahr | | | | aus _____ Ort, Bundesland |
| Tag | Monat | Jahr | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | nach _____ | | | | | | | |
| gewöhnlicher Aufenthalt im Beitrittsgebiet? | | vom - bis | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | vom - bis _____ | | | | | | | |

2 Berufsausbildung

Beweismittel bitte beifügen

| | |
|--|--|
| 2.1 Welche berufliche Qualifikation haben Sie erworben? | |
| <input type="checkbox"/> Facharbeiter / qualifizierter Arbeiter | |
| Ausbildungsstätte | |
| Ausbildungsdauer vom - bis | Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am |
| <input type="checkbox"/> Meister | |
| Ausbildungsstätte | |
| Ausbildungsdauer vom - bis | Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am |
| <input type="checkbox"/> Fachschulabschluss beziehungsweise Technikerabschluss (mittlere Berufsausbildung) | |
| Ausbildungsstätte | |
| Ausbildungsdauer vom - bis | Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am |
| <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss | |
| Ausbildungsstätte | |
| Ausbildungsdauer vom - bis | Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 2

Beweismittel bitte beifügen

sonstige Qualifikation

Qualifikation als

Ausbildungsstätte

Ausbildungsdauer vom - bis

Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am

keine, bitte weiter bei Ziffer 2.3

2.2 Waren Sie gegebenenfalls nach dem Erwerb einer dieser Qualifikationen noch zu Ausbildungszwecken (zum Beispiel Praktikum, Vorbereitungsdienst) beschäftigt?

vom - bis

nein ja

2.3 Wurden Ausbildungszeiten im Abendstudium oder Fernstudium absolviert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.4

ja Abendstudium Fernstudium

vom - bis

2.3.1 Betrug der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche?

nein ja

Bitte nur ausfüllen, wenn es sich um Ausbildungszeiten im **Fernstudium** handelt, sonst bitte weiter bei Ziffer 2.4:

2.3.2 War das Fernstudium an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?

nein ja

2.3.3 Wurden während des Fernstudiums regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

nein ja

2.4 Haben Sie aufgrund langjähriger Berufserfahrung eine qualifizierte Tätigkeit vollwertig ausgeübt, für die eine der in Ziffer 2.1 aufgeführten Berufsqualifikationen üblich war, ohne dass Sie eine solche Berufsqualifikation besaßen?

vom - bis

welche

nein ja



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

3 Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Haben Sie im Herkunftsgebiet als Wehrpflichtiger Grundwehrdienst oder Ersatzdienst geleistet?

vom - bis

nein ja

3.2 Haben Sie nach der Geburt eines Kindes über die gesetzliche Mutterschutzfrist hinaus einen Mutterschaftsurlaub in Anspruch genommen?

Vorname des Kindes

vom - bis

nein ja

Vorname des Kindes

vom - bis

Vorname des Kindes

vom - bis

3.3 Haben Sie im Herkunftsland freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?

vom - bis

nein ja

3.4 Wurden Ihnen im Herkunftsland Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung erstattet?

vom - bis

nein ja

3.5 Waren Sie in bergbaulichen Betrieben beschäftigt?

vom - bis

nein ja

3.6 Waren Sie hauptamtlich als Mitarbeiter in einem Staatssicherheitsdienst beschäftigt?

vom - bis

als

nein ja

3.7 Waren Sie im Herkunftsland als Zeitsoldat oder Berufssoldat oder in vergleichbarer Position (zum Beispiel bei der Polizei oder beim Zoll) tätig?

vom - bis

als

nein ja

3.8 Waren Sie vor Ihrer Aussiedlung außerhalb des Herkunftslandes beschäftigt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 3.9

vom - bis

ja

in welchem Land

als

bitte nähere Angaben dazu in die Beschäftigungsaufstellung (Ziffer 7) eintragen



| | |
|-------------------------|-------------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|-------------------------|-------------------------------------|

Beweismittel bitte beifügen

| | |
|---|---|
| 3.8.1 Wurden für diese Beschäftigung Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, | zur Rentenversicherung <input type="checkbox"/> des Herkunftslandes <input type="checkbox"/> des Beschäftigungslandes |
| 3.9 Waren Sie als Selbständiger tätig? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | vom - bis _____ Berufszeitraum _____ |
| 3.10 Bestand ein Arbeitsverhältnis bei Verwandten (zum Beispiel Ehegatte, Kind, Onkel)? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | vom - bis _____ Verwandtschaftsverhältnis _____ |
| 3.11 Wurde im Herkunftsland eine Rente bezogen? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | vom - bis _____ |
| Art der Rente _____ | |
| Versicherungsträger, Aktenzeichen _____ | |

4 Sonstige Angaben

Beweismittel bitte beifügen

| | |
|---|-----------------------------|
| 4.1 Sind Sie anerkannter Vertriebener oder Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, | bitte weiter bei Ziffer 4.6 |
| 4.2 Sind Sie vertriebener Verfolgter und gehören Sie dem deutschen Sprachkreis und Kulturkreis an? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4.3 Sind Sie Angehöriger des Judentums und gehörten Sie früher dem deutschen Sprachkreis und Kulturkreis an? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4.4 Sind Sie Deutscher beziehungsweise früherer deutscher Staatsangehöriger im Sinne des Grundgesetzes und haben Sie vor dem 9.5.1945 Beitragszeiten in Bulgarien, Ungarn, Lettland, Estland oder Litauen beziehungsweise der Tschechoslowakei zurückgelegt? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4.5 Sind Sie Deutscher beziehungsweise früherer deutscher Staatsangehöriger im Sinne des Grundgesetzes und nach dem 8.5.1945 in ein ausländisches Staatsgebiet zur Arbeitsleistung verbracht worden? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| 4.6 Waren Sie Mitglied einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft oder einer Produktionsgenossenschaft des Handwerks? | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | vom - bis _____ |



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

5 Hinweise zur Aufstellung über Beschäftigungen und selbständige Tätigkeiten

Tragen Sie bitte alle Tätigkeiten (auch Lehrzeiten, Praktikantenzeiten oder Volontärzeiten) mit der genauen Berufsbezeichnung lückenlos in zeitlicher Reihenfolge ein. Angaben zu Arbeitgebern und Beschäftigungszeiten sind vollständig und ohne Abkürzungen zu machen.

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des maßgebenden Wirtschaftsbereichs; sie sind nur für Zeiten ab 1.1.1950 notwendig. Geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbszweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (zum Beispiel Herstellung von Fernsehgeräten, Herstellung von Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (zum Beispiel eines Kombinats), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte anhand der nachfolgenden Übersicht die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in den der Betrieb beziehungsweise die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

In Spalte 7 geben Sie bitte gegebenenfalls Vollzeitbeschäftigung an. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden sowie die volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche anzugeben.

Wirtschaftsbereiche

| | |
|---|---|
| 1 Energieindustrie, Brennstoffindustrie einschließlich Kohlebergbau (Steinkohlenindustrie, Braunkohlenindustrie, Kokereien) | 13 produzierendes Handwerk |
| | 14 Land- und Forstwirtschaft |
| | 15 Verkehr |
| 2 chemische Industrie einschließlich Salzbergbau (zum Beispiel Kalisalzindustrie, Steinsalzindustrie) | 16 Postwesen und Fernmeldewesen |
| | 17 Handel |
| 3 Metallurgie einschließlich Erzbergbau | 18 Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Sozialwesen |
| 4 Baumaterialienindustrie | 19 Wissenschaft, Hochschulwesen, Fachschulwesen |
| 5 Wasserwirtschaft | 20 staatliche Verwaltung, gesellschaftliche Organisationen |
| 6 Maschinenbau, Fahrzeugbau | |
| 7 Elektrotechnik, Elektronik, Gerätebau | 21 sonstige nichtproduzierende Bereiche (zum Beispiel Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik) |
| 8 Leichtindustrie (Holzindustrie, Glasindustrie, Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie) | |
| 9 Textilindustrie (zum Beispiel Faserherstellung, Garnherstellung, Stoffherstellung) | 22 landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Bereich 14 zuzuordnen) |
| 10 Lebensmittelindustrie | |
| 11 Bauwirtschaft | 23 Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen) |
| 12 sonstige produzierende Bereiche (zum Beispiel Verlage, Forschungszentren der Industrie) | |



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir diese im Original einzusenden. Andere Unterlagen bitten wir ebenfalls im Original oder in Kopie zu übersenden. Übersetzungen fremdsprachiger Unterlagen bitten wir, soweit vorhanden, beizufügen.

Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Hierfür kommen zum Beispiel folgende Unterlagen in Betracht:

Arbeitsbuch - Arbeitsbescheinigungen beziehungsweise Zeugnisse - Schulzeugnisse -
Abschlusszeugnisse / Diplome - Militärdienstbescheinigungen - Krankheitsbescheinigungen -
Rentenbescheide / Rentenzahlabschnitte

Ersatzweise Zeugenerklärungen möglichst von Arbeitskollegen beziehungsweise Bekannten oder Freunden, die über Ihre Verhältnisse aus eigener Kenntnis Aussagen machen können.

Sind keine derartigen Personen vorhanden, können auch Zeugenerklärungen verwandter Personen eingereicht werden.

6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der Anforderung meiner Versicherungsunterlagen vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger unter Angabe meiner Anschrift einverstanden bin.

Alle noch in meinem Besitz befindlichen Unterlagen, die zur Klärung der Zeiten dienen können, füge ich bei.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers



| |
|---------------------|
| Versicherungsnummer |
|---------------------|

| |
|---------------------------------|
| Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------------------|

Beweismittel bitte beifügen

7 Aufstellung über Beschäftigungen und selbständige Tätigkeiten (siehe Hinweise in Ziffer 5)

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | | nur für Zeiten ab 1.1.1950 erforderlich | |
| Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | Name und Sitz des Arbeitgebers / Unternehmers | Haupterwerbszweck beziehungsweise Funktion des Betriebes (gegebenenfalls der größeren Unternehmenseinheit) | Wirtschaftsbereich (Nummer aus der vorstehenden Übersicht) |
| Beispiel | | | |
| 1.1.1954 - 31.12.1960 | Städtisches Krankenhaus, Prag | Gesundheitswesen | 18 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

- Fortsetzung -

Beweismittel bitte beifügen

| 5 | 6 | | 7 | | 8 |
|--|------------------------|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| Art der Tätigkeit (genaue Berufsstellung) | Arbeitsentgelt | | wöchentliche Arbeitszeit | | Wo versichert? |
| | Barlohn monatlich | Sachbezüge (zum Beispiel Kost und / oder Wohnung) | Vollzeit- beschäftigung | bei stundenweiser Beschäftigung: tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden | |
| Beispiel Krankenschwester | 1000 Kronen | Kost und Wohnung | <input checked="" type="checkbox"/> | | staatliche Versicherung |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |

