

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
Tag day	Monat month	Jahr year			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
Geburtsort (Kreis, Land)		Place of birth (city, province, state)			
Straße, Hausnummer		Street, house number			
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city			
Staat		State			
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)			
Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)			
Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date on which the insured person left Germany
Tag day	Monat month	Jahr year			
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Last address in the Federal Republic of Germany (Street, house number, postal code, place)			
Persönliche deutsche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Personal ID number for tax purposes in Germany			

3	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Sterbeurkunde bitte beifügen	Information about widow / widower, surviving life partner or orphan (only in case of claim according to number 1.2) Please enclose death certificate		
	Name	Last name		
	Vorname (Rufname)	First name (normally used)		
	Geburtsname	Name at birth		
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table> Date of birth	Tag day	Monat month
Tag day	Monat month	Jahr year		



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Familienstand		Marital status
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city
	Staat		State
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)
	Persönliche deutsche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Personal ID number for tax purposes in Germany
3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? Beweismittel bitte beifügen	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are there any other survivors? If yes, please specify Please enclose proof
	Witwe	<input type="checkbox"/>	widow
	Witwer	<input type="checkbox"/>	widower
	hinterbliebene Lebenspartnerin	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (female)
	hinterbliebener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (male)
	Halbwaise / Halbweisen	<input type="checkbox"/>	half orphan / half orphans
	Vollwaise / Vollwaisen	<input type="checkbox"/>	orphan / orphans
3.1.1	Name		Last name
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum	Tag Monat Jahr day month year	Date of birth
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3.1.2	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)						
	Straße, Hausnummer		Street, house number						
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city						
	Staat		State						
	Persönliche deutsche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Personal ID number for tax purposes in Germany						
	Name		Last name						
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)						
	Geburtsname		Name at birth						
	Geburtsdatum	<table border="0"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>day</td> <td>month</td> <td>year</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	day	month	year	Date of birth
	Tag	Monat	Jahr						
	day	month	year						
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex						
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)						
	Straße, Hausnummer		Street, house number						
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city						
Staat		State							
Persönliche deutsche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Personal ID number for tax purposes in Germany							



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen /
Code

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

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

4.	Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	Claim filed by third parties The claim is filed by the following legal representative
	Beweismittel bitte beifügen	Please enclose proof
	Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als: gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>	in the capacity of: legal representative
	Vormund <input type="checkbox"/>	guardian
	Betreuer <input type="checkbox"/>	person in charge / custodian
	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	authorized representative
	Straße, Hausnummer	Street, house number
	ggf. Postleitzahl, Wohnort	Postal code, if applicable, city
	Staat	State
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax (Angabe freiwillig)	Fax number (voluntary information)



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?
	ausländischer Versicherungsträger ausländische Versicherungsnummer		Insurance agency abroad Insurance number abroad

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

9.	Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Beweismittel bitte beifügen	Additional information in case of refund to survivors (only in case of claim according to number 1.2) Please enclose proof				
	9.1	Todestag Todesursache Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Tag day	Monat month	Jahr year
Tag day	Monat month	Jahr year				
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung bzw. Berufsausbildung? vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	When did the deceased person attend school / vocational training? from - to (day, month, year)				

10.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration by claimant
	<p>Es ist mir bekannt, dass mit der Beitragerstattung das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst wird. Ansprüche aus den bis zur Erstattung zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten (Beitragszeiten, Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten) bestehen nicht mehr. Dies gilt auch für Zeiten, für die keine Beiträge erstattet werden (z. B. Kindererziehungszeiten, Wehr- und Zivildienstzeiten, Nachversicherungszeiten, Beiträge vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben).</p> <p>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.</p>	<p>I know that a refund of contributions dissolves the former insurance relationship. All entitlements based on social security credits acquired prior to the refund (contribution periods, substitute periods, accounted periods, credited periods) ceased to exist. This also applies to periods for which no contributions are refundable (e. g. periods for bringing up children, compulsory military service and alternative non-military service periods, contributions prior to medical rehabilitation benefits or for participation in working life).</p> <p>I declare that to the best of my knowledge the information given in this form is true and complete. I am aware that if I have deliberately given false information action may be taken against me.</p>



11.	Zahlungsweg	Payment of refund
11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) D E	The funds are to be remitted to the following account in the Federal Republic of Germany:
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)	The funds are to be remitted to the following account in Europe (except Germany):
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift) Kontonummer Identifikationsnummer der Bank	The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe): Financial institution (name and address) Account number Bank Identification Number
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll: Kontoinhaber (Name, Vorname) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account: Account holder (last name, first name) Street, house number, postal code, city



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate	
knappschaftliche Beitragsunterlagen	<input type="checkbox"/>	Documentation of contributions to the Miners' Pension Fund	
Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	Death certificate	
sonstige Urkunden oder Beweismittel	<input type="checkbox"/>	Other documents or proof	
Ort, Datum		Place, date	
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Signature of claimant	

