

Versicherungsnummer / Insurance number

 Kennzeichen /
Code

Eingangsstempel / Receipt Stamp

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und
 Personenstandsdaten des Versicherten angeben /
 Please quote the insurance number, the code and the insured's
 personal data in any communication

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Claim for refund of contributions for persons residing outside Germany

V0901

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (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, die in den §§ 60 - 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen dürfen (§ 66 SGB I). Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Please note: To enable us to properly decide on your claim we require some important information and documents from you. The legal basis for this is German Social Code Book Six (Sechstes Buch des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI -). Therefore, please answer the questions below completely and submit the requested documents as soon as possible. Your cooperation, as defined in sections 60 - 65 of the General Part of the German Social Code Book One, will enable us to quickly process your claim. Please note that we may deny your claim in full or in part if you fail to cooperate (§ 66 SGB I). If you need more claim forms you can also download them from the Internet at www.deutsche-rentenversicherung.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| 1. | Antragsart | Type of claim |
|-----|---|---|
| 1.1 | Erstattung an Versicherte | <input type="checkbox"/> Refund to the insured person |
| 1.2 | Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen | <input type="checkbox"/> Refund to widows / widowers / surviving life partners / orphans |

| 2. | Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten | Information about the insured person |
|----|---|--------------------------------------|
| | Name | Last name |
| | Vorname (Rufname) | First name (normally used) |
| | Geburtsname | Name at birth |
| | Frühere Namen | Other names used in the past |



| |
|--|
| 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> | Tag day | Monat month | Jahr year |
| Tag day | Monat month | Jahr year | | | |



| |
|--|
| Versicherungsnummer / Insurance number |
|--|

| |
|--------------------|
| Kennzeichen / Code |
|--------------------|

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| | | |
|-------|---|---|
| | <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? <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes Falls ja, welche ? Beweismittel bitte beifügen | 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 | Date of birth |
| | <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: | | in the capacity of: |
| | gesetzlicher Vertreter | <input type="checkbox"/> | 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

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| 5. | Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen | | Information about German insurance relationship - please enclose all available insurance documents | |
| | 5.1 | <p>Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?</p> <p>Ist er vollständig und richtig?</p> | <input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / no (continue at 5.2) <input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / no (continue at 5.2) <input type="checkbox"/> ja (weiter bei Ziffer 6) / yes (continue at 6) | <p>Has a German insurance record already been issued?</p> <p>Is the record complete and correct?</p> |
| 5.2 | <p>Welche (weiteren) Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten haben Sie in Deutschland zurückgelegt (z. B. als Lehrling, Angestellter, Arbeiter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bundesfreiwilligendienstleistender, Bezieher von Lohnersatzleistungen oder Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 1.4.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 1.4.1999)?</p> | | <p>Do you have (other) contribution and / or employment periods in Germany (e. g. as apprentice, salaried employee, wage earner, mining employee, seaman, self-employed person, artist, person performing compulsory military service or alternative non-military service, person performing federal volunteer service, recipient of wage replacement benefits or early retirement pension, person providing nursing care since 1. April 1995, carrying out insignificant employment since 1. April 1999)?</p> | |
| | <p>Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>Period from - to (day, month, year)</p> | <p>Genau Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)</p> <p>Please describe exactly what job or jobs you did (e.g. not "clerk", but "accountant")</p> | <p>Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) bzw. Vermerk "selbständig"</p> <p>Employer (Name, head office and type of enterprise) or "self-employed"</p> | <p>An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?</p> <p>To which health insurance fund and to which pension insurance scheme were contributions paid?</p> |
| | | | | |



Versicherungsnummer / Insurance number

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kennzeichen / Code

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| Zutreffendes bitte ankreuzen | | Please tick where appropriate | |
|------------------------------|--|---|--|
| 5.3 | Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | |
| | vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | from - to (day, month, year) | |
| | Name des Versicherungsträgers | Name of pension insurance institution | |
| 5.4 | Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht bei Ihnen angerechnet wurden? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | |
| | Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen. | Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have not yet been taken into account for your pension insurance? If so, please complete and enclose form V0800 if these periods have neither been nor were to be taken into account for you or for any other entitled person. | |

| Zutreffendes bitte ankreuzen | | Please tick where appropriate | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| 6. | Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland | Information about insurance relationship outside Germany | |
| 6.1 | Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, der EWR, in der Schweiz oder in einem Abkommensstaat gezahlt oder Zeiten einer gesetzlichen Versicherung im Ausland zurückgelegt? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | |
| | (EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern) | (EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom) | |
| | Abkommensstaaten: Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Indien, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Südkorea, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA) | Agreement states: Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, India, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, Macedonia, Montenegro, Serbia, South Korea, Tunisia, Turkey, Uruguay, United States) | |
| | vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | from - to (day, month, year) | |
| | Staat | State | |
| ausländischer Versicherungsträger | Insurance agency abroad | | |
| ausländische Versicherungsnummer | Insurance number abroad | | |



| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Versicherungsnummer / Insurance number | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| Kennzeichen / Code | | | |
| | | | |

Zutreffendes bitte ankreuzen

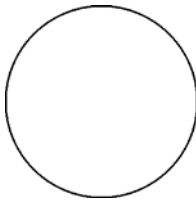
Please tick where appropriate

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| 6.2 | vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | | from - to (day, month, year) |
| | Staat | | State |
| | ausländischer Versicherungsträger | | Insurance agency abroad |
| | ausländische Versicherungsnummer | | Insurance number abroad |
| 6.3 | Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | Have you, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries: Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland? |
| | vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | | from - to (day, month, year) |
| | Staat | | State |
| | vom - bis (Tag, Monat, Jahr) | | from - to (day, month, year) |
| | Staat | | State |
| | 6.4 | Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes |
| Staat | | | State |
| ausländischer Versicherungsträger | | | Insurance agency abroad |
| ausländische Versicherungsnummer | | | Insurance number abroad |
| 6.4 | Sind Sie nach dem Recht eines anderen Staates der EU / EWR oder der Schweiz aktuell in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert? (EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern) | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | Do you currently pay voluntary contributions to a state pension insurance fund under the law of another Member State of the EU / EEA or Switzerland? (EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom) |
| | Staat | | State |
| | ausländischer Versicherungsträger | | Insurance agency abroad |
| | ausländische Versicherungsnummer | | Insurance number abroad |



| |
|--|
| Versicherungsnummer / Insurance number |
| |

| |
|--------------------|
| Kennzeichen / Code |
| |

| | | |
|-----|--|---|
| 6.5 | Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger: | If the claim is submitted to a pension agency outside Germany: |
| | Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen. |  |
| | Ort, Datum, Unterschrift | Place, date, signature |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| | | |
|----|---|--|
| 7. | Ehescheidung und Versorgungsausgleich | Divorce and pension rights adjustment |
| | War oder ist ein Ehescheidungsverfahren bzw. ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft oder ein damit zusammenhängendes Verfahren über den Versorgungsausgleich bei einem deutschen Gericht anhängig? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes |
| | Familiengericht | Family court |
| | Aktenzeichen | File / reference number |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| | | |
|-----|--|--|
| 8. | Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung | Benefits received from the state insurance pension fund |
| | Beweismittel bitte beifügen | Please enclose proof |
| 8.1 | Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (z. B. Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind - oder eine Beitragserstattung)? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes |
| | Art der Leistung | Type of benefit |
| | Versicherungsträger | Insurance agency |
| | Versicherungsnummer | Insurance number |



| |
|--|
| 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 | <table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table> | Tag day | Monat month | Jahr year |
| Tag day | Monat month | Jahr year | | | |
| | Todestag | | Day of death | | |
| | Todesursache | | Cause of death | | |
| | Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Zivildienstbeschädigung verursacht worden? | <input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes | Did the insured person's death occur through an accident, industrial accident or an occupational disease or as result of military or paramilitary service? | | |
| 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 Beitragserstattung 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> |



| |
|--|
| Versicherungsnummer / Insurance number |
|--|

| |
|--------------------|
| Kennzeichen / Code |
|--------------------|

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



| |
|--|
| Versicherungsnummer / Insurance number |
|--|

| |
|--------------------|
| Kennzeichen / Code |
|--------------------|

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 12. | Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 durch eine amtliche Stelle (z. B. alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland) | Confirmation of personal information under numbers 2 and 3 by an official agency (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany) |
| Es lag vor | | Submitted document: |
| Personalausweis | <input type="checkbox"/> | ID |
| Reisepass | <input type="checkbox"/> | passport |
| Einbürgerungsurkunde | <input type="checkbox"/> | Certificate of Naturalization |
| _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bestätigungsfeld | | Confirmation field |
| Stempel, Unterschrift, Datum | | Stamp, signature, date |

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

| | | |
|--|---|--|
| 13. | Anlagen | Enclosures |
| | Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen, von sonstigen Unterlagen und Urkunden erforderlich, bitten wir Sie, diese im Original einzusenden. Es genügen auch Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original durch eine amtliche Stelle (z. B. alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland) bestätigt ist. Es reicht nicht aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst, einer Kirchenbehörde oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird. | If you are required to send us insurance documents, other documents and / or certificates please only send originals. You may also send us copies of the original documents if an official authority (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany) has confirmed their conformity with the original. Confirmation provided by yourself, an ecclesiastical authority, a lawyer, a legal agent (person entitled to provide legal advice without being a lawyer) or a pension consultant is not sufficient. |
| Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers | <input type="checkbox"/> | Carbon copies from Social Security Record Booklet or relevant electronic vouchers from employer |
| Versicherungskarten Nummer | <input type="checkbox"/> | Insurance cards number |
| Aufrechnungsbescheinigungen Nummer | <input type="checkbox"/> | Certificate of total contributions number |
| sonstige Versicherungsnachweise | <input type="checkbox"/> | Other proof of insurance |



| |
|--|
| 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 |

