

Versicherungsnummer / Numéro d'assurance 	Kennzeichen / Code 
--	---------------------------

Eingangsstempel / Cachet de réception

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und Personenstandsdaten des Versicherten angeben /  
 Prière d'indiquer le numéro d'assurance, le code et l'état civil de l'assuré dans toute correspondance

## Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Demande de remboursement de cotisations en cas de résidence à l'étranger

# V0902

**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). Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu. Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

**Information:** Afin de pouvoir statuer correctement sur votre demande, nous avons besoin de quelques informations et documents importants de votre part, ceci en raison du sixième livre du code de la sécurité sociale allemand - assurance pension légale (SGB VI). Par conséquent, nous vous prions de bien vouloir répondre complètement aux questions posées et de nous adresser les documents demandés, si possible par retour du courrier. Votre coopération, expressément prévue par les articles 60 à 65 de la partie générale du SGB I, nous facilite un traitement rapide de vos affaires. Veuillez tenir compte du fait que nous pourrions vous refuser une partie ou la totalité de la prestation (art. 66 du SGB I). Nous vous informons du traitement de vos données à caractère personnel et de vos droits sur Internet à l'adresse suivante:

[www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen). Sur demande, nous vous envoyons volontiers ces informations. Si vous avez besoin d'autres demandes, tous les formulaires de demande sont également à votre disposition sur Internet sous [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

1.	Antragsart		Nature de la demande
1.1	Erstattung an Versicherte	<input type="checkbox"/>	Remboursement aux assurés
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	<input type="checkbox"/>	Remboursement aux veuves / veufs / partenaires survivantes / partenaires survivants / orphelins

2.	Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten	Identité de l'assurée / de l'assuré
	Name	Nom
	Vorname (Rufname)	Prénom (prénom usuel)
	Geburtsname	Nom de naissance
	Frühere Namen	Anciens noms



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag jour</td> <td>Monat mois</td> <td>Jahr année</td> </tr> </table>	Tag jour	Monat mois	Jahr année	Date de naissance
Tag jour	Monat mois	Jahr année			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe			
Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)			
Geburtsort (Kreis, Land)		Lieu de naissance (circonscription, land)			
Straße, Hausnummer		Rue, numéro de la rue			
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence			
Staat		Etat			
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Numéro de téléphone dans la journée (indication facultative)			
Telefax (Angabe freiwillig)		Télécopie (indication facultative)			
Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td>Tag jour</td> <td>Monat mois</td> <td>Jahr année</td> </tr> </table>	Tag jour	Monat mois	Jahr année	Date du départ de l'Allemagne
Tag jour	Monat mois	Jahr année			
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Dernière adresse en République Fédérale d'Allemagne (rue, numéro de la rue, code postal, lieu de résidence)			
Persönliche <b>deutsche</b> Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Numéro d'identification personnel à des fins fiscales en <b>Allemagne</b>			

<b>3</b>	<b>Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) <b>Sterbeurkunde bitte beifügen</b>	<b>Identité de la veuve / du veuf / de la partenaire  survivante / du partenaire survivant / de l'orphelin</b> (seulement en cas de demande selon numéro 1.2) <b>Veuillez joindre l'acte de décès</b>			
	Name	Nom			
	Vorname (Rufname)	Prénom (prénom usuel)			
	Geburtsname	Nom de naissance			
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag jour</td> <td>Monat mois</td> <td>Jahr année</td> </tr> </table>	Tag jour	Monat mois	Jahr année
Tag jour	Monat mois	Jahr année			



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)
	Familienstand		Etat civil
	Straße, Hausnummer		Rue, numéro de la rue
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence
	Staat		Etat
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Numéro de téléphone dans la journée (indication facultative)
	Telefax (Angabe freiwillig)		Télécopie (indication facultative)
	Persönliche <b>deutsche</b> Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Numéro d'identification personnel à des fins fiscales en <b>Allemagne</b>
3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? <b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<input type="checkbox"/> nein / non <input type="checkbox"/> ja / oui  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Est-ce qu'il y a d'autres survivants? Le cas échéant, lesquels? <b>Veillez joindre des preuves</b>  veuve veuf partenaire survivante partenaire survivant orphelin de père ou de mère orphelin de père et de mère
3.1.1	Name		Nom
	Vorname (Rufname)		Prénom (prénom usuel)
	Geburtsname		Nom de naissance
	Geburtsdatum	Tag    Monat    Jahr jour    mois    année	Date de naissance
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

3.1.2	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)			
	Straße, Hausnummer		Rue, numéro de la rue			
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence			
	Staat		Etat			
	Persönliche <b>deutsche</b> Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Numéro d'identification personnel à des fins fiscales en <b>Allemagne</b>			
	Name		Nom			
	Vorname (Rufname)		Prénom (prénom usuel)			
	Geburtsname		Nom de naissance			
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag jour</td> <td>Monat mois</td> <td>Jahr année</td> </tr> </table>	Tag jour	Monat mois	Jahr année	Date de naissance
	Tag jour	Monat mois	Jahr année			
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe			
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)			
	Straße, Hausnummer		Rue, numéro de la rue			
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence			
Staat		Etat				
Persönliche <b>deutsche</b> Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke		Numéro d'identification personnel à des fins fiscales en <b>Allemagne</b>				



Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
<b>4.</b>	<b>Antragstellung durch andere Personen</b> Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	<b>Dépôt de la demande par d'autres personnes</b> La demande est déposée en représentation par	
	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>Veillez joindre des preuves</b>	
	Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)		Nom, prénom, service (le cas échéant, référence du dossier)
	in der Eigenschaft als:		dans sa qualité de:
	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	représentant légal
	Vormund	<input type="checkbox"/>	tuteur
	Betreuer	<input type="checkbox"/>	curateur
	Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	mandataire
	Straße, Hausnummer		Rue, numéro de la rue
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence
	Staat		Etat
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Numéro de téléphone dans la journée (indication facultative)
	Telefax (Angabe freiwillig)		Télécopie (indication facultative)



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

<b>5. Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen</b>		<b>Renseignements concernant l'affiliation en Allemagne - veuillez joindre tous les documents d'assurance en votre possession</b>	
5.1	<p>Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?</p> <p>Ist er vollständig und richtig?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / non (continuez avec numéro 5.2)</p> <p><input type="checkbox"/> ja / oui</p> <p><input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / non (continuez avec numéro 5.2)</p> <p><input type="checkbox"/> ja (weiter bei Ziffer 6) / oui (continuez avec numéro 6)</p>	<p>Un relevé de carrière allemand a-t-il déjà été établi?</p> <p>Est-il complet et correcte?</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, Bezieher von Lohnersatzleistungen oder Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 1.4.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 1.4.1999)?</p>		<p>Quelles (d'autres) périodes de cotisations ou d'emploi avez-vous effectué en Allemagne (par exemple en tant qu'apprenti, employé, ouvrier, employé des mines, marin, non-salarié, artiste, personne servant dans le service national ou le service civil, personne servant dans le service fédéral volontaire, bénéficiaire d'indemnités compensatoire du salaire ou de la préretraite, personne assurant des soins à compter du 1/4/1995, employé avec un salaire en-dessous du plafond à compter du 1/4/1999)?</p>
	<p>Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>Période du - au (jour, mois, année)</p>	<p>Genauere Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)</p> <p>Désignation exacte de l'activité salariée ou non salariée (par exemple non "employé commercial", mais "comptable")</p>	<p>Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) bzw. Vermerk "selbständig"</p> <p>Employeur (nom, siège et nature de l'entreprise) ou indication "non-salarié"</p> <p>An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?</p> <p>A quelle caisse d'assurance maladie et à quel organisme d'assurance pension ont été versées les cotisations?</p>



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance									

Kennzeichen / Code			

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Avez-vous versé (d'autres) cotisations volontaires à l'assurance pension légale allemande?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Name des Versicherungsträgers		nom de l'organisme d'assurance
5.4	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher <b>nicht</b> bei Ihnen angerechnet wurden?	<input type="checkbox"/> nein / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Avez-vous élevé des enfants pendant leurs 10 premières années pour lesquelles des périodes d'éducation d'enfants <b>n'ont pas</b> été validées sur votre compte?
	Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen.		Dans l'affirmative, veuillez remplir, et joindre le formulaire V0800, si ces périodes n'ont pas encore été validées ou sont à valider pour vous-même ou pour un autre ayant droit.

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
<b>6.</b>	<b>Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland</b>	<b>Renseignements concernant la relation d'assurance à l'étranger</b>	
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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Avez-vous versé des cotisations à un organisme d'assurance dans un Etat de UE / EEE, en Suisse ou dans un Etat signataire ou effectué des périodes d'une assurance légale à l'étranger?
	(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)		(EE/EEE: Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irland, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lithuanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse)
	Abkommensstaaten: Albanien, Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Indien, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Philippinen, Serbien, Südkorea, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA)		Etats signataires: Albanie, Australie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Canada/Québec, Chili, Corée du Sud, Etats-Unis d'Amérique, Inde, Israël, Japon, Kosovo, Maroc, Macédoine, Monténégro, Philippines, Serbie, Tunisie, Turquie, Uruguay)
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Staat		Etat
ausländischer Versicherungsträger	Organisme d'assurance étranger		
ausländische Versicherungsnummer	Numéro d'assurance étranger		



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

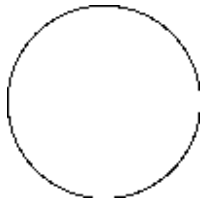
Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
6.2	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Staat		Etat
	ausländischer Versicherungsträger		Organisme d'assurance étranger
	ausländische Versicherungsnummer		Numéro d'assurance étranger
6.3	Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Griechenland oder 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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Avez-vous eu votre résidence habituel après votre 15e anniversaire en Grèce ou aux Pays-Bas ou après le 16e anniversaire dans un des pays suivants: Australie, Danemark, Finlande, Islande, Israël, Canada / Québec, Liechtenstein, Norvège, Suède, Suisse?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Staat		Etat
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
6.4	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	<input type="checkbox"/> nein / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Etes-vous actuellement assujetti(e) à l'assurance pension à l'étranger?
	Staat		Etat
	ausländischer Versicherungsträger		Organisme d'assurance étranger
	ausländische Versicherungsnummer		Numéro d'assurance étranger
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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Etes-vous actuellement affilié(e) à titre volontaire à l'assurance pension légale selon la législation d'un autre Etat de l'UE / EEE ou en Suisse? (EE / EEE: Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irland, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse)
	Staat		Etat
	ausländischer Versicherungsträger		Organisme d'assurance étranger
	ausländische Versicherungsnummer		Numéro d'assurance étranger





Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

6.5	<b>Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:</b>	<b>En cas de demande par l'intermédiaire de l'organisme d'assurance étranger:</b>
	Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.	
	Ort, Datum, Unterschrift	Lieu, date, signature

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

7.	<b>Ehescheidung und Versorgungsausgleich</b>	<b>Divorce et compensation des droits à pension en cas de divorce</b>
	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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui
	Familiengericht	Tribunal de la famille
	Aktenzeichen	Référence

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

8.	<b>Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung</b>	<b>Prestations de l'assurance pension légale jusqu'à présent</b>
	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>Veillez joindre des preuves</b>
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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui
	Art der Leistung	Nature de la prestation / mesure
	Versicherungsträger	Organisme d'assurance
	Versicherungsnummer	Numéro d'assurance



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein / non	<input type="checkbox"/> ja / oui
	ausländischer Versicherungsträger	Organisme d'assurance étranger	
	ausländische Versicherungsnummer	Numéro d'assurance étranger	

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante			
9.	<b>Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) <b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>Renseignements complémentaires en cas de remboursement aux survivants</b> (seulement en cas de demande selon numéro 1.2) <b>Veillez joindres des preuves</b>			
	9.1	<table border="1"> <tr> <td>Tag jour</td> <td>Monat mois</td> <td>Jahr année</td> </tr> </table>	Tag jour	Monat mois	Jahr année
Tag jour	Monat mois	Jahr année			
	Todesursache	Cause du décès			
	Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein / non	<input type="checkbox"/> ja / oui		
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung bzw. Berufsausbildung? vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Jusqu'à quelle date, l'assuré était-il en formation scolaire ou professionnelle? du - au (jour, mois année)			

10.	<b>Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>	<b>Déclaration de la requérante / du requérant</b>
	<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>Je sais que l'affiliation existant jusqu'à présent est dissolue par le remboursement de cotisations. Des droits résultant des périodes déterminantes en matière de la pension (périodes de cotisations, périodes exonérées, périodes assimilées, périodes validables) effectuées jusqu'au remboursement ne sont plus ouverts. Cela vaut également pour des périodes pour lesquelles des cotisations ne sont pas remboursées (par exemple périodes d'éducation d'enfants, périodes du service militaire ou civil, périodes d'assurance rétroactive, cotisations avant une mesure de réadaptation médicale ou professionnelle).</p> <p>Je certifie avoir donné tous les renseignements sur ce formulaires en mon âme et conscience. Je sais que de faux renseignements peuvent mener à une poursuite pénale.</p>



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

11.	Zahlungsweg	Mode de paiement
11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) D E	Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant en Allemagne:
	Geldinstitut (Name, Ort)	Etablissement financier (nom, lieu)
11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)	Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant en Europe (outre l'Allemagne):
	Geldinstitut (Name, Ort)	Etablissement financier (nom, lieu)
11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift) Kontonummer Identifikationsnummer der Bank	Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant à l'étranger (à l'extérieur de l'Europe): Etablissement financier (nom, lieu) Numéro du compte Numéro d'identification de la banque
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	A compléter seulement lorsque le montant doit être viré à un autre compte que celui de la requérante / du requérant: Titulaire du compte (nom, prénom) Rue, numéro de la rue, code postal, lieu de résidence



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance
--

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

<b>12.</b>	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 de l'identité aux numéros 2 et 3 par un service officiel (par exemple toutes les autorités du pays de résidence - également les organismes d'assurance pension, notaires, banques, hôpitaux, Croix Rouge, en cas exceptionnel aussi les ambassades et consulats de la République Fédérale d'Allemagne)
Es lag vor		Confirqué au vue
Personalausweis	<input type="checkbox"/>	de la carte d'identité
Reisepass	<input type="checkbox"/>	du passeport
Einbürgerungsurkunde	<input type="checkbox"/>	de l'acte de naturalisation
Bestätigungsfeld		Réservé à la confirmation
Stempel, Unterschrift, Datum		Cachet, signature, date

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

<b>13.</b>	<b>Anlagen</b>	<b>Pièces jointes</b>
	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.	Lorsque la présentation de documents d'assurance, d'autres documents et actes s'avère nécessaire, nous vous prions de bien vouloir nous en adresser les originaux. Des copies ou duplicatas sont suffisants pour autant que leur conformité avec l'original ait été certifiée par un service officiel (par exemple toutes les autorités du pays de résidence - également les organismes d'assurance pension, notaires, banques, hôpitaux, Croix Rouge, en cas exceptionnel aussi les ambassades et consulats de la République Fédérale d'Allemagne). Il ne suffit pas que vous-même, une autorité ecclésiastique ou un avocat, conseiller juridique ou conseiller retraite certifiez la copie ou le duplicata conforme à l'original.
Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	Doubles du carnet de sécurité sociale ou des attestations mécaniques correspondantes de l'employeur
Versicherungskarten Nummer	<input type="checkbox"/>	Carte d'assurance numéro
Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	<input type="checkbox"/>	Attestation de décompte numéro
sonstige Versicherungsnachweise	<input type="checkbox"/>	D'autres preuves d'assurance



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
knappschaftliche Beitragsunterlagen	<input type="checkbox"/>	Documents de cotisations minières	
Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	Acte de décès	
sonstige Urkunden oder Beweismittel	<input type="checkbox"/>	D'autres documents ou preuves	
Ort, Datum		Lieu, date	
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Signature de la requérante / du requérant	

