

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). 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). 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
	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe
	Geschlecht	Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)	Etat civil
	Familienstand	
	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>	Est-ce qu'il y a d'autres survivants? Le cas échéant, lesquels? <b>Veillez joindre des preuves</b>
	<input type="checkbox"/> nein / non <input type="checkbox"/> ja / oui	
	Witwe <input type="checkbox"/>	veuve
	Witwer <input type="checkbox"/>	veuf
	hinterbliebene Lebenspartnerin <input type="checkbox"/>	partenaire survivante
	hinterbliebener Lebenspartner <input type="checkbox"/>	partenaire survivant
	Halbwaise / Halbweisen <input type="checkbox"/>	orphelin de père ou de mère
	Vollwaise / Vollwaisen <input type="checkbox"/>	orphelin de père et de mère
3.1.1	Name	Nom
	Vorname (Rufname)	Prénom (prénom usuel)
	Geburtsname	Nom de naissance
	Geburtsdatum	Date de naissance
	Tag    Monat    Jahr jour    mois    année	
	<input type="checkbox"/> männlich / masculin <input type="checkbox"/> weiblich / féminin	Sexe
	Geschlecht	



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="0"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>jour</td> <td>mois</td> <td>année</td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr	jour	mois	année	Date de naissance
	Tag	Monat	Jahr						
	jour	mois	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>							



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

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: gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	dans sa qualité de: 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	
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
	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 / non <input type="checkbox"/> ja / oui	Avez-vous eu votre résidence habituel après votre 15e anniversaire aux Pays-Bas ou après le 16e anniversaire dans un des pays suivants: Australie, Danemark, Finlande, Islande, Israël, Canada / Québec, Liechtenstein, Norvège, Suède, Suisse?
6.3	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Staat		Etat
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		du - au (jour, mois, année)
	Staat		Etat
6.3	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
--------------------

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 ausländische Versicherungsnummer	Organisme d'assurance étranger 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	Todestag	Date du décès
		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
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
--------------------

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		Confirmé 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



