

Deutsche Rentenversicherung Nord
 Postal address: 22037 Hamburg
 GERMANY
 Telephone: +49 40 5300 0
 Facsimile: +49 40 5300 14999
 E-Mail: info@drv-nord.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
 Postal address: 10704 Berlin
 GERMANY
 Telephone: +49 30 865 0
 Facsimile: +49 30 865 27240
 E-Mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
 Postal address: 44781 Bochum
 GERMANY
 Telephone: +49 234 304 0
 Facsimile: +49 234 304 53050
 E-mail: rentenversicherung@kbs.de



DE / IN 1

Application for insured pension
 from the German Pension Insurance

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, marking everything that is applicable and submitting all of the required proof.

Antrag auf Versichertenrente
 aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the insured person

Angaben zum Versicherten

1	German Insurance Number		Deutsche Versicherungsnummer
2	Reference (if known)		Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Indian Employees' Provident Fund Number		Indische Sozialversicherungsnummer
4	Surname		Nachname
5	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
6	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)
7	Other names used in the past		Frühere Namen
8	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part J.)	Day Tag Month Monat Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
9	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in Part J.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
12	Present address		Derzeitige Anschrift
13	Telephone number		Telefonnummer
14	Fax number		Telefaxnummer
15	Marital status	not married (single, widowed or divorced), not living in a registered civil partnership <input type="checkbox"/> married / remarried / living in a registered civil partnership <input type="checkbox"/>	Familienstand nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

B Application filed by another person
(Please submit full power of attorney / proof.)

Antragstellung durch andere Person
(Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen)

1	Surname		Nachname
2	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Postal address		Anschrift
4	Telephone number		Telefonnummer
5	Fax number		Telefaxnummer

C Type of pension claimed and commencement of pension

Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	Old-age pension	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Pension for reduction in earning capacity (Please fill out part L as well.)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen.)
3	Child-raising pension if divorced after June 30, 1977 and raising or caring for a child	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30.06.1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	The old-age pension should begin - at the earliest possible date with pension reduction - or at the earliest possible date without pension reduction - or as of	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Day Tag Month Monat Year Jahr 0 1	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung - oder zum
5	I hereby declare that my employment(s) for remuneration and self-employment(s) - ended on (Please submit notification of cessation of work or business.) - will end on	<input type="checkbox"/> Day Tag Month Monat Year Jahr <input type="checkbox"/>	Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und / oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum
6	Also after the beginning of the German old-age pension I intend (to continue) to be in employment or self-employment. If yes, please further information: - dependent employment (inclusive of early retirement benefits from the employer) monthly gross income (Please submit certificate from the employer.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja _____	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

<p>- self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)</p>
<p>7 I agree that a repayable amount of up to 200 EUR may be withheld from my continuing pension payments up to half of the amount of my monthly pension payments.</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>

D Additional information about the insured person

Ergänzende Angaben zum Versicherten

<p>1 When did you leave Germany?</p>	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				<p>Wann haben Sie Deutschland verlassen?</p>														
Day Tag	Month Monat	Year Jahr																				
<p>2 Last residence in Germany (place, district, street)</p>	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					<p>Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)</p>																
<p>3 German personal identification number for tax purposes (if known)</p>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					<p>Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)</p>
<p>4 Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law on the reconciliation of occupational disadvantages?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- restitution authority</p> <p>- reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Entschädigungsbehörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>																				
<p>5 Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit document for expelled persons.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen.)</p>																				
<p>6 Are you at least 50 % severely disabled under German law? (Please submit proof.)</p> <p>- If yes, since</p> <p>Did you conclude an agreement with your employer on German part-time employment for older employees before January 1, 2007? (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				<p>Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>- Falls ja, seit</p> <p>Haben Sie vor dem 01.01.2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen.)</p>														
Day Tag	Month Monat	Year Jahr																				



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

F Further information on the insurance period
(Please submit proof if not already previously submitted.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt.)

1	<p>Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency - insurance number, reference number 	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	<p>Has a pension rights adjustment been carried out on your behalf under German law?</p> <p>If yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is your former partner still alive? - name and address of the former partner <p>- Are you obliged to pay alimony to your former partner or have you paid her / him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and proof of payment.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)
3	<p>Did you undergo vocational training in Germany (even if not completed)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof.)</p> <p>If applicable, completion on (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Day Tag</p> <p>Month Monat</p> <p>Year Jahr</p>	<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
4	<p>Have you been unfit for work in Germany or have you received benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
5	<p>Have you been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

6	<p>Did you graduate in Germany, India or other foreign countries from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, in Indien oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?	From / vom	To / bis	Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)				
				From / vom	To / bis					
7	<p>Between the age of 17 and 25, were you unfit for work for at least one calendar month in Germany, India or other foreign countries and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Indien oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?	From / vom	To / bis	Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)				
				From / vom	To / bis					
8	<p>Did you reside in one of the following countries after turning 16: Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada / Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in Denmark, Greece or in the Netherlands?</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Québec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum			
				Insurance agency / Versicherungsträger				Insurance number / Versicherungsnummer		
				Period	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum		
				Insurance agency / Versicherungsträger			Insurance number / Versicherungsnummer			
				Period	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum		
Insurance agency / Versicherungsträger			Insurance number / Versicherungsnummer							
9	<p>Were you also employed outside Germany? If yes, please provide details. Periods in special systems are also to be indicated (e. g. civil servant provision / equivalent persons, EU officials, self-employed, farmers).</p>	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Falls ja , bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum			
				Insurance agency / Versicherungsträger				Insurance number / Versicherungsnummer		
				Period	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum		
				Insurance agency / Versicherungsträger			Insurance number / Versicherungsnummer			
				Period	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum		
				Insurance agency / Versicherungsträger			Insurance number / Versicherungsnummer			
				Period	From / vom	To / bis	Country / Staat	Zeitraum		
Insurance agency / Versicherungsträger			Insurance number / Versicherungsnummer							



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

G Periods of child-raising if not already applied for earlier
(In the case of child-raising in Germany, further information is necessary. The German agency will send form V0800.)

Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V0800.)

The following children have been raised:			Folgende Kinder wurden erzogen:					
1	Surname of the child		Nachname des Kindes					
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)					
	Date of birth (Please submit birth certificate or confirm in Part J.)		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)		
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)					
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja					
	I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja					
In the following countries / In folgenden Staaten			From / vom		To / bis			
			Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
			Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
2	Surname of the child		Nachname des Kindes					
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)					
	Date of birth (Please submit birth certificate or confirm in Part J.)		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)		
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)					
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja					
	I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja					
In the following countries / In folgenden Staaten			From / vom		To / bis			
			Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
			Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

3	Surname of the child		Nachname des Kindes												
	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)												
	Date of birth (Please submit birth certificate or confirm in Part J.)	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)						
	Day Tag	Month Monat	Year Jahr												
	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)												
Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	From / vom <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> To / bis <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
I was the person predominantly responsible for bringing the child up from its birth until the age of 10.	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.													
In the following countries / In folgenden Staaten		From / vom	To / bis												
		<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr			
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
		<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr			
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
4	Has another person already submitted an application taking into account the periods of child-raising for these children? If yes , please indicate:	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , bitte angeben:												
	- surname, first name - German insurance number or date of birth	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				- Nachname, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum						
Day Tag	Month Monat	Year Jahr													
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance for employment / an occupation outside Germany immediately before or during a child-raising period?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja	Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?												



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

H Further information on other claims

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

<p>1 Have you already applied for, are you receiving or have you received an Indian or other foreign pension?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods during which this was received - type of pension - insurance agency (name and address) - insurance or reference number 	<p>From / vom To / bis</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Haben Sie bereits eine indische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
<p>2 Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's pensions under the German pension insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - surname and first name of the deceased spouse - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased partner 	<p>Day Tag Month Monat Year Jahr</p> <hr/> <hr/> <p>Day Tag Month Monat Year Jahr</p> <hr/> <hr/>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachname und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
<p>3 Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the Indian, the German or a foreign accident insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number 	<hr/> <hr/> <hr/>	<p>Haben Sie eine Leistung aus der indischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

I Declaration

Erklärung

I assure that I have answered all the questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.

I undertake to inform the pension insurance agency which is responsible for the payment of pensions, after application and grant of the pension immediately of all changes which have an effect on the receipt of pensions and to pay back overpaid amounts to the pension insurance agency.

I am aware that the Employees' Provident Fund Organization (EPFO) may give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency pertaining to citizenship, statelessness or refugee status, the insured status (Indian insurance record), the entitlement to pension and the amount. If it is necessary for the pension claimed, **I also authorize the EPFO** to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.

I consent that any information and evidence submitted, which applies to this claim or which is needed after a decision is reached concerning this claim, may be given by EPFO to the competent German pension insurance agency and vice versa to enable a decision on the entitlement to benefits.

If it is necessary for processing the pension claimed, **I consent** that all medical evaluations and reports I submit for the pension procedure or contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German pension insurance agency or EPFO. I further consent that the attending physicians, psychologists and institutions give any necessary information about my health to these pension insurance agencies. This includes sending any medical document currently in their possession or which are compiled during the pension procedure.

I know that I can withdraw my consent at any time with effect for the future.

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass die Employees' Provident Fund Organization (EPFO) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den indischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** die EPFO zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der EPFO dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der EPFO eingesehen und verwertet werden können. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Signature of the applicant

Unterschrift des Antragstellers

Date / Datum

Signature / Unterschrift

Please also complete and sign the **Declaration of payment** in Part K!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** im Teil K ausfüllen und unterschreiben!

In the case of an application for a **pension due to a reduction in earning capacity**, please also complete Part L!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil L ausfüllen!



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--

J Confirmation by EPFO

Bestätigung durch EPFO

Date of application in accordance with article 18 section 1 of the agreement	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Tag der Antragstellung nach Artikel 18 Absatz 1 des Abkommens
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
<p>The applicant's personal data (surname, first name, date of birth, as well as citizenship) is confirmed by:</p> <p>- valid passport</p> <p>- valid voting card</p> <p>- other document(s) (please specify)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>- gültigen Reisepass</p> <p>- gültige Stimmkarte</p> <p>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
The information in part G concerning the children (surname, first names, date of birth) is confirmed based on the documents presented.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	Die Angaben zu den Kindern im Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.				
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja							
Date	<table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Datum
Day Tag	Month Monat	Year Jahr						
Signature		Unterschrift						
Stamp of the EPFO		Stempel von EPFO						



Versicherungsnummer <table style="width:100%; height: 20px; border: 1px solid black;"> <tr><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>												Kennzeichen (soweit bekannt) <table style="width:100%; height: 20px; border: 1px solid black;"> <tr><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table>											

K Declaration of payment
Zahlungserklärung

1	Account in India The pension is to be paid by remittance to my account with a financial institution in India . Name of financial institution Address of financial institution Bank sort code of financial institution SWIFT Bank Identifier Code - BIC (if known) <table style="width:100%; height: 20px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"> <tr><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 10%; border: 1px solid black;"> </td></tr> </table> Account number <ul style="list-style-type: none"> - I am the only holder of the above-mentioned account. I have exclusive right of disposal. <input type="checkbox"/> - The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse. (Please have the co-holder of the account sign the form at the end Part K.) <input type="checkbox"/> - For the above-mentioned account, written account authorisation has been issued for Name and address (Please have the person authorised to dispose of the account sign the form at the end of part K.) <input type="checkbox"/> 																		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Konto in Indien Die Rente soll durch Überweisung auf mein Konto bei einem Geldinstitut in Indien gezahlt werden. Name des Geldinstituts Anschrift des Geldinstituts Bankleitzahl des Geldinstituts SWIFT Bank Identifier Code - BIC (soweit bekannt) Kontonummer <ul style="list-style-type: none"> - Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber Verfügungsberechtigt. - Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Kontomitinhaber am Ende des Teils K unterschreiben lassen.) - Für das oben genannte Konto wurde eine Kontovollmacht erteilt für Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen.)
2	Account in Germany The pension is to be paid by remittance to my account with a financial institution in the Federal Republic of Germany. Name of financial institution Address of financial institution Name and address of the account holder if different from the recipient of the pension, or of the account co-owner or person authorised to dispose of the account. (Please have the co-holder of the account / person authorised to dispose of the account sign the form at the end of part K.)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Konto in Deutschland Die Rente soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden. Name des Geldinstituts Anschrift des Geldinstituts Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten (Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils K unterschreiben lassen.)																	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

SWIFT Bank Identifier Code - BIC	D E	SWIFT Bank Identifier Code - BIC
----------------------------------	-----	----------------------------------

International Bank Account Number - IBAN	D E	International Bank Account Number - IBAN
--	-----	--

3 Payment to the authorised representative **Zahlung an den Bevollmächtigten**

The pension arrears are to be paid to my authorised representative by remittance to the following account / trust account in the Federal Republic of Germany

Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland

SWIFT Bank Identifier Code - BIC	D E	SWIFT Bank Identifier Code - BIC
----------------------------------	-----	----------------------------------

International Bank Account Number - IBAN	D E	International Bank Account Number - IBAN
--	-----	--

Name of financial institution	Name des Geldinstituts
Address of financial institution	Anschrift des Geldinstituts

4 I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Rente in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

I undertake to provide information immediately in writing of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension to

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
13496 Berlin
GERMANY

Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
13496 Berlin
DEUTSCHLAND

Furthermore I undertake to pay back overpaid amounts to
Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
50417 Köln
GERMANY

mitzuteilen.
Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die
Deutsche Post AG
Niederlassung Renten Service
50417 Köln
DEUTSCHLAND

For this purpose I have instructed the financial institution that administers my account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, this instruction also being effective for my heirs. It may only be revoked by myself and not by my heirs.

zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG in Köln zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Date / Datum _____
Signature of the applicant / Unterschrift des Antragstellers _____

Signature of the co-holder of the account or the person authorized to dispose of the account / Unterschrift des Kontoinhabers oder des Kontobevollmächtigten _____

5 Certification of the financial institution

Bestätigung des Geldinstituts

We note the application and certify the representations under point 1.

Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1.

Location, date / Ort, Datum _____

Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

L Information on a reduction in earning capacity

Please fill out this part only if you are applying for pension for a reduction in earning capacity.

If you have medical documents / hospital reports at your disposal, please enclose copies.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird.

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1	Are you currently unable to work due to illness? If yes, since when?	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja Day Tag Month Monat Year Jahr	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?
2	Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?	Day Tag Month Monat Year Jahr	Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	Did you receive income from this date resulting from - dependent employment (inclusive early retirement benefit from the employer) monthly gross income (Please submit certificate from the employer.) - self-employment (business establishment, freelance work; agriculture and forestry) monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <hr/> <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <hr/>	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.) - selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)
4	Did you receive short-term income from this date resulting from - statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc. Type of benefit Period of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof.) - statutory benefits for unemployment, short time work, inability to work due to bad weather - statutory benefits for maternity Type of benefit Period of drawing the benefit Monthly gross income which was the basis for the statutory benefit - Assessment basis (Please submit proof.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja From / vom To / bis <hr/> <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja From / vom To / bis <hr/>	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbseinkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld, witterungsbedingten Arbeitsausfalls - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens, das der gesetzlichen Leistung zugrunde lag - Bemessungsgrundlage (Bitte Nachweis beifügen.)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Grid for insurance number

Grid for identification number

<p>5 Due to which illness do you consider your earning capacity to be reduced? (Please submit your medical findings and documentation.)</p>		<p>Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei.)</p>
<p>6 What types of work do you consider yourself still able to perform?</p>	<p>Hours per day / Stunden täglich</p>	<p>Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?</p>
<p>To what extent?</p> <p>7 Have you successfully completed vocational training, retraining, any further qualifications</p> <p>or were you a trainee?</p> <p>Commencement and end</p> <p>Profession or job you trained for (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom To / bis</p>	<p>In welchem Umfang?</p> <p>Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert</p> <p>oder bestand ein Anlernverhältnis?</p> <p>Beginn und Ende</p> <p>erlernter oder angelearnter Beruf (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
<p>8 Was the impairment of health caused by an occupational disease, an accident or another person?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- the cause</p> <p>- the date of the accident</p> <p>If the accident was caused by another person, please indicate the name and address of the person responsible.</p> <p>Has a claim for compensation for damages been filed?</p> <p>If yes, against whom? (Please indicate name and address.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>Day Tag Month Monat Year Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- die Ursache</p> <p>- der Tag des Unfalls</p> <p>Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.</p> <p>Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?</p> <p>Falls ja, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.)</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

9	<p>Have you received medical outpatient treatment recently or have medical examinations been arranged for you in recent years? (Please submit medical documents.)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- name and address of physician</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- type of illness</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- start and end of treatment</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">From / vom</td> <td style="width: 50%;">To / bis</td> </tr> </table>	From / vom	To / bis	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name und Anschrift des Arztes</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- Art der Leiden</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">From / vom</td> <td style="width: 50%;">To / bis</td> </tr> </table>	From / vom	To / bis
From / vom	To / bis					
From / vom	To / bis					
10	<p>Have you received inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documents.)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- name and address of the hospital</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- type of illness</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- start and end of treatment</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">From / vom</td> <td style="width: 50%;">To / bis</td> </tr> </table>	From / vom	To / bis	<p>Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name und Anschrift des Krankenhauses</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- Art der Leiden</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">From / vom</td> <td style="width: 50%;">To / bis</td> </tr> </table>	From / vom	To / bis
From / vom	To / bis					
From / vom	To / bis					





Postfach 10 13 40
34013 Kassel - GERMANY

Telefon: +49 561 9359-0
Telefax: +49 561 9359-217

ENCLOSURE

Application for insured person's pension

from the old-age insurance scheme for farmers

- Alterssicherung der Landwirte (AdL) -

Please only complete this ENCLOSURE if you have paid contributions to an old-age insurance scheme for farmers as a self-employed farmer or as the spouse of a self-employed farmer in Germany.

ANLAGE

Antrag auf Versichertenrente

aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt haben.

A Information about your person

Angaben zur Person

1	Identification number	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	Information about the spouse of the applicant		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Surname		Nachname
4	First name		Vorname
5	Date of birth		Geburtsdatum
6	Place of birth		Geburtsort
7	Citizenship		Staatsangehörigkeit
8	If applicable, date of death		ggf. Sterbedatum

B Information about contribution payments

Angaben zur Beitragszahlung

1	Have you or your spouse paid contributions into an old-age insurance scheme for farmers?	Applicant / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, to the: ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Name of the old-age insurance scheme for farmers		Name der LAK
	Reference number		Aktenzeichen
	Name of the old-age insurance scheme for farmers	Spouse / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, to the: ja, und zwar zur:	Name der LAK
2	Have you or your spouse worked as a self-employed farmer outside Germany?	Applicant / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
	Country		Land
	Country	Spouse / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in:	Land
	Country		Land



C Payment of the pension

Auszahlung der Rente

1	Into which account should the benefit to which the application relates be paid? (Unfortunately, the payment cannot be made by cheque)	Name and address of financial institution / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die beantragte Geldleistung überwiesen werden? (Die Leistung der AdL kann leider nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Bank code		Bankleitzahl
3	Account number		Kontonummer
4	Account holder, if different from applicant		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

D Signature

Unterschrift

1	Signature of the applicant		Unterschrift des Antragstellers
2	Signature of the spouse		Unterschrift des Ehegatten

