

Social Security Agreement between the Federal Republic of Germany and Canada  
Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Kanada

**Application for Insured Pension**  
from the German Pension Insurance

**Antrag auf Versichertenrente**  
aus der Deutschen Rentenversicherung

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, mark everything applicable and submit all required proof.

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrags. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen sie alle notwendigen Nachweise bei.

**A Information about the insured**

**Angaben zur versicherten Person**

1	German Insurance Number									Deutsche Versicherungsnummer
2	Code (if known)									Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Canadian Social Insurance Number									Kanadische Sozialversicherungsnummer
4	Name									Name
5	First names (Please underline name normally used)									Vornamen (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 proof)		Day Tag		Month Monat		Year Jahr			Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
9	Place of birth (city, country, state)									Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich  <input type="checkbox"/> no entry ohne Eintrag <input type="checkbox"/> gender diverse divers								Geschlecht
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof)									Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen)
12	Address									Anschrift
13	Telephone number									Telefonnummer
14	Fax number									Telefaxnummer
15	Marital status	<input type="checkbox"/> not married (single, widowed or divorced) / not living in registered same-sex civil union <input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  <input type="checkbox"/> married / remarried / living in registered same-sex civil union <input type="checkbox"/> verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend								Familienstand



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer
--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

**B Application filed by another person**  
(Please enclose authority / proof)

**Antragstellung durch andere Person**  
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

1	Name	Name
2	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
3	Address	Anschrift
4	Telephone number	Telefonnummer
5	Fax number	Telefaxnummer

**C Type of benefit claimed and pension start**

**Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn**

1	Old-age pension	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Benefits for reduction in earning capacity (Please fill out part K as well)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung <b>(Bitte auch Teil K ausfüllen)</b>
3	Child-rearing benefits for bringing up a child after the death of the divorced spouse/former civil partner	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners
4	The old-age pension should start - at the earliest possible date <b>with</b> benefit reduction - or at the earliest possible date <b>without</b> benefit reduction  - or from	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Day Tag    Month Monat    Year Jahr	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt <b>mit</b> Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt <b>ohne</b> Rentenminderung  - oder zum
5	If you wish your German old-age pension to start before January 1, 2023:  From the start of the German old-age pension until December 31, 2022 - I was in employment and/or self employment. If yes, please further information: - <b>dependent employment</b> (inclusive of early retirement benefits from the employer) indicate gross income per calendar year (Please submit certificate(s) from the employer) - <b>self-employment</b> (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.)  indicate profit according to tax law per calendar year (Please submit Tax Return Form(s) or certificate(s) from the tax consultant)	<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	Bei einem gewünschten Beginn der deutschen Altersrente vor dem 1. Januar 2023:  Ab Beginn der deutschen Altersrente bis zum 31. Dezember 2022 - habe ich eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - <b>abhängige Beschäftigung</b> (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) Bruttoeinkünfte pro Kalenderjahr  (Bitte Bescheinigungen des Arbeitgebers beifügen) - <b>selbständige Tätigkeit</b> (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) steuerrechtlicher Gewinn pro Kalenderjahr (Bitte Steuererklärung(en) oder Bescheinigung(en) des Steuerberaters beifügen)



**D Additional information about the insured**

**Ergänzende Angaben zur versicherten Person**

1	When did you leave Germany?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="715 286 791 349">Day Tag</td> <td data-bbox="791 286 868 349">Month Monat</td> <td data-bbox="868 286 1115 349">Year Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Wann haben Sie Deutschland verlassen?
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
2	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)						
3	German personal identification number for tax purposes		Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke						
4	<p>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 over the reconciliation of occupational disadvantages?</p> <p><b>If yes</b>, 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 Verfolgte(r) des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung in der ehemaligen DDR?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben:</p> <p>- Entschädigungsbehörde</p> <p>- Aktenzeichen</p>						
5	<p>Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit the <b>document for expelled persons</b>)</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 <b>Vertriebenenausweis</b> beifügen)</p>						
6	<p>Are you under German law severely disabled at least 50 %?</p> <p>(Please submit proof)</p> <p>Did you conclude an agreement with your employer on a <b>German</b> partial retirement before January 1, 2007?</p> <p>(Please submit proof)</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>Sind Sie nach <b>deutschen</b> Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über <b>deutsche</b> Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)</p>						



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

Code (if known) /  
Kennzeichen (soweit bekannt)

**E Information concerning the German insurance record**

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e.g. military service, war captivity, expulsion)

**Please restrict to the periods** which are **not** contained in your insurance record. Please enclose appropriate proof. If required, you may request an insurance record from your German pension insurance institute.

**E Angaben zum deutschen Versicherungsleben**

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

**Beschränken** Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Period from - to Day - Month - Year	Please describe the type of performed employment or self-employment (For substitute periods please indicate type of period)	Name and address of employer / enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis Tag - Monat - Jahr	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

If you do not have enough space, please use an extra sheet! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



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

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

**F Further information concerning the insurance record**  
(Please submit proof, if not already previously submitted)

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

<p>1 Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p><b>If yes</b>, please indicate: - insurance institution - insurance number, reference number</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p><b>Falls ja</b>, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen</p>
<p>2 Has a settlement of pension entitlements under German law been accomplished?</p> <p><b>If yes</b>, - Is your former partner still alive? - Name and address of the former partner</p> <hr/> <p>- Are you obligated to pay alimony to your former partner or have you paid her / him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and payment 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> <hr/> <p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p><b>Falls ja</b>, - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners</p> <hr/> <p>- Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)</p>
<p>3 Did you make a vocational training in Germany (even without graduation)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof)</p> <p>If applicable, graduation on (Please submit proof)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom                      to / bis</p> <hr/> <p>Day      Month      Year Tag      Monat      Jahr</p>	<p>Haben Sie in <b>Deutschland</b> 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>
<p>4 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                      <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom                      to / bis</p> <hr/> <p>from / vom                      to / bis</p>	<p>Waren Sie in <b>Deutschland</b> arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
<p>5 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                      <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom                      to / bis</p> <hr/> <p>from / vom                      to / bis</p>	<p>Waren Sie in <b>Deutschland</b> arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>
<p>6 Did you graduate in Germany or abroad 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>	<p><input type="checkbox"/> no nein                      <input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>from / vom                      to / bis</p> <hr/> <p>from / vom                      to / bis</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>



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

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

<p>7 Were you between your 17th and 25th year of life in Germany, in Canada or in another country at least one calendar month unfit for work and is this period <b>not</b> 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 _____ to / bis _____</p> <p>from / vom _____ to / bis _____</p>	<p>Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Kanada oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)</p>			
<p>8 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 or in the Netherlands?</p>	<p><input type="checkbox"/> no           nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes           ja</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark oder in den Niederlanden?</p>			
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>country / Staat _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____			
<p>insurance agency / Versicherungsträger</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>country / Staat _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____			
<p>insurance agency / Versicherungsträger</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>9 Have you worked also <b>outside</b> Germany? If yes, please give further information. Indicate also periods in special systems (e. g. civil servants, self-employed, farmers).</p>	<p><input type="checkbox"/> no           nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes           ja</p>	<p>Waren Sie auch <b>außerhalb</b> Deutschlands erwerbstätig? <b>Falls ja</b>, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).</p>			
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>country / Staat _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____			
<p>insurance agency / Versicherungsträger</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>country / Staat _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____			
<p>insurance agency / Versicherungsträger</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>country / Staat _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	country / Staat _____			
<p>insurance agency / Versicherungsträger</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>10 Have you been a member of a special pension scheme of an international organisation while employed by that organisation (for example, OECD, UN, CERN, ECB, EPO or an institution of the European Union)?</p>	<p><input type="checkbox"/> no           nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes           ja</p>	<p>Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?</p>			
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>place of employment / Beschäftigungsort _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	place of employment / Beschäftigungsort _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	place of employment / Beschäftigungsort _____			
<p>name and headquarters of the international organisation Name und Hauptsitz der internationalen Organisation</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					
<p>Period</p>	<table border="1"> <tr><td>from / vom _____</td><td>to / bis _____</td><td>place of employment / Beschäftigungsort _____</td></tr> </table>	from / vom _____	to / bis _____	place of employment / Beschäftigungsort _____	<p>Zeitraum</p>
from / vom _____	to / bis _____	place of employment / Beschäftigungsort _____			
<p>name and headquarters of the international organisation Name und Hauptsitz der internationalen Organisation</p>	<table border="1"> <tr><td>insurance number / Versicherungsnummer _____</td></tr> </table>	insurance number / Versicherungsnummer _____	<p></p>		
insurance number / Versicherungsnummer _____					



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer
--

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

**G Periods of child rearing if not already applied for earlier**

**Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt**

(In case of child rearing in Germany further information is necessary)

(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig)

The following children have been raised:		Folgende Kinder wurden erzogen:	
1	Name of the child	Name des Kindes	
	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag   Month Monat   Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
	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   to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<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 country / im folgenden Staat	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
		Day Tag   Month Monat   Year Jahr	Day Tag   Month Monat   Year Jahr
2	Name of the child	Name des Kindes	
	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag   Month Monat   Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
	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   to / bis	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	<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 country / im folgenden Staat	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
		Day Tag   Month Monat   Year Jahr	Day Tag   Month Monat   Year Jahr



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

3	Name of the child				Name des Kindes					
	First names (Please underline name normally used)				Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)					
	Date of birth (Please submit birth certificate)		Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)				
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	from / vom		<input type="checkbox"/> yes ja	to / bis		Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.				<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 country / im folgenden Staat				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	
				Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Day Tag	Month Monat	Year Jahr	
4	Has another <b>person</b> already submitted an application for taking into account the periods of child rearing for these children?				<input type="checkbox"/> no nein		<input type="checkbox"/> yes ja		Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen <b>Person</b> beantragt?	
	If <b>yes</b> , please indicate: - name, first name - German Insurance Number or date of birth								Falls <b>ja</b> , bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum	
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the <b>German</b> statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing 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 <b>deutschen</b> gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	
6	Were you a member or civilian component of foreign military forces within the meaning of the NATO Status of Forces Agreement, a member of the allied authorities and forces in Germany, including Berlin (West), or a family member of those immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?				<input type="checkbox"/> no nein			<input type="checkbox"/> yes ja	Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?	







**I Declaration****Erklärung**

**I assure** that I have answered all 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.

After application for and award of the pension, **I undertake** to immediately inform the pension insurance agency responsible for the payment of benefits of all changes which have an effect on the receipt of benefits and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.

**I herewith authorize** Service Canada to 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 (Canadian insurance record), the entitlement to pension benefits and child's benefit and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** Service Canada 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 application or which is required after a decision is reached concerning this application, may be given by Service Canada to the competent German pension insurance agency and by the competent German pension insurance agency to Service Canada to enable a decision on the entitlement to benefits.

If it is necessary for processing the pension application, **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 Service Canada. I further consent that the treating physicians, psychologists, and institutions give any necessary information about my health to these pension insurance agencies. This includes forwarding any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

**I understand** that I can withdraw my consents 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 wesentlich 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.

**Ich ermächtige hiermit** Service Canada, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den kanadischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** Service Canada zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu 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 Service Canada dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger Service Canada zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs 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 Service Canada eingesehen und verwertet werden dürfen. 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 der antragstellenden Person**

Date / Datum

Signature / Unterschrift

Please also complete and sign the **Declaration of Payment** in part J.

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil J ausfüllen und unterschreiben!

In case of an application for a **pension due to reduction in earning capacity**, please also complete part K.

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



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) /  
Kennzeichen (soweit bekannt)

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

**J Ermächtigung (USA / Kanada)**zur elektronischen Gutschrift von Rentenzahlungen aus der Bundesrepublik  
Deutschland**Authorization (USA / Canada)**for direct electronic deposit of pension payments from the Federal Republic of  
Germany**Autorisation (USA / Canada)**pour l'imputation informatique d'une pension en provenance de la République  
Fédérale d'AllemagneBitte vollständig ausgefüllt, auf  
der Rückseite unterschrieben  
und von der Bank bestätigt  
zurücksenden.Please return fully completed  
and signed on the reverse  
side, and certified by the bank.Veuillez retourner ce  
document dûment rempli et  
signé au verso et confirmé par  
la banque.

<b>1 Name, Vorname der rentenberechtigten Person (= Rentenberechtigter)</b> Surname, first name of the beneficiary (= pension beneficiary) / Nom, prénom du titulaire de la pension (= ayant droit)																																													
<b>Hausadresse</b> Street Address / Rue, numéro																																													
<b>Wohnort, Staat oder Provinz, Postleitzahl</b> City, State or Province, and Zip Code or Postal Code / Domicile, province, code postal																																													
<b>2</b> Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das nachstehend genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag im Monat im Staat New York (für Zahlungen nach den USA) oder in der Provinz Ontario (für Zahlungen nach Kanada) zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen. I hereby authorize the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated below for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month in the State of New York (for payments to the USA) or in the province of Ontario, Canada (for payments to Canada). Je, soussigné(e), bénéficiaire d'une pension allemande, autorise, par la présente, la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), à déposer tous les paiements qui me sont dûs directement sur mon compte indiqué ci-dessous. Ces paiements sont à ordonner électroniquement, le dernier jour bancaire dans la province de l'Ontario, Canada, pour être crédités sur le compte indiqué.																																													
<b>3 Name und Adresse der Bank des Zahlungsempfängers</b> Name and Address of Beneficiary's Bank / Nom et adresse de la banque du bénéficiaire																																													
<b>Ort, Staat oder Provinz, Postleitzahl</b> City, State or Province, and Zip Code or Postal Code / Domicile, province, code postal																																													
<b>Bei Konto in den USA</b> In case of an account in the USA  <b>Meine Konto-Nummer</b> My Account No.   <b>Routing Number</b> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Check Digit <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																	<b>Bei Konto in Kanada</b> In case of an account in Canada / En cas d'un compte au Canada  <b>Finanzinstituts-Nummer</b> Financial Institution No / No. de l'institution financière <table border="1"> <tr> <td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <b>Zweigstellen-Nummer</b> Branch No. (transit) / No. de succursale <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <b>Meine Konto-Nummer</b> My Account No. / No. du mon compte <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> </tr> </table>	0																											
0																																													
<b>Art des Kontos / Type of Account</b> <input type="checkbox"/> Scheck-Konto Checking Account (C) <input type="checkbox"/> Sparkonto Savings Account (S)																																													



- 4  Ich habe einen nicht unterschriebenen Blankoscheck von meinem Bankkonto mit der Aufschrift "Ungültig" versehen und beigelegt.  
I have attached an unsigned blank cheque from my bank account with "VOID" written on it.  
J'ai joint une vérification vierge non signée avec "VOID" écrit dessus.
- Meine Bank hat meine umseitigen Kontodaten bestätigt.  
My bank has confirmed my overleaf banking information.  
Mon banc a confirmé mes informations bancaires au verso.

5 **Bestätigung des Bankinstituts** / Confirmation from the financial institution / Confirmation de l'institution financière

**Stempel des Bankinstituts**

Stamp of the financial institution  
Cachet de l'institution financière

**Ort, Datum**

Location, date  
Lieu, date

**Unterschrift**

Signature  
Signature

- 6 Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit, bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit hat, danach zu verfahren.  
This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.  
Cette autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) receive nouvel avis de ma part et ait la possibilité d'en tenir compte.

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

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

Je déclare que mon droit est satisfait dès que les prestations ont été versées selon le mode de paiement que j'ai désiré ci-dessus.

**Bitte kreuzen Sie eines der beiden folgenden Kästchen an:**

Please check one of the following boxes: / Cochez une des cases suivantes, s'il vous plaît:

- Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber verfügungsberechtigt.  
I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal.  
Je suis le seul titulaire dudit compte et la seule personne autorisée à en disposer.

- Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein(e) Ehemann / Ehefrau sind.  
The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse.  
Ledit compte est un compte commun dont les titulaires sont moi-même et mon conjoint.

Ich / Wir verpflichte(n) mich / uns, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG in 13496 Berlin mitzuteilen.

Ferner verpflichte(n) ich / wir mich / uns, zu viel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe(n) ich / wir das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zu viel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln zurückzüberweisen bzw. die Deutsche Post AG ist hiermit ermächtigt, die zu viel gezahlten Beträge von meinem / unserem Konto bei dem jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Dieser Auftrag bzw. diese Ermächtigung kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

I / We commit to inform the Deutsche Post AG, Renten Service, 13496 Berlin immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I / we commit to pay back overpaid amounts to the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln as the pension paying office. For this purpose I / we have instructed the financial institution which maintains my / our account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln or respectively the Deutsche Post AG is herewith empowered to collect the overpaid amounts from my / our account at the respective financial institution. These instructions and authorization are also binding for my heirs. They may only be revoked by myself and not by my heirs.

Je m'engage à informer immédiatement, par écrit, la Deutsche Post AG, Renten Service, 13496 Berlin de toute modification ayant une influence sur le paiement, le montant de la pension ou le droit même à pension. Je m'engage en outre à rembourser à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln, le service chargé du versement des pensions, les montants trop perçus. A cet effet j'ai chargé l'institution financière tenant le compte de retourner à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln les montants payés en excès ou j'autorise, par la présente, la Deutsche Post AG de prélever les montants payés en excès, de mon compte dans l'institution financière concernée. Ces ordres et cette autorisation sont également obligatoires pour mes héritiers. Ils ne peuvent être révoqués que par moi-même - et non par mes héritiers.

**Unterschrift der rentenberechtigten Person**

Signature of the pension beneficiary  
Signature du bénéficiaire de la pension

**Unterschrift des Ehegatten bei Gemeinschaftskonto**

Signature of spouse, if a joint account  
Signature du conjoint en cas de compte commun

**Datum** / Date

**Datum** / Date

Hinweis zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten im Rentenzahlverfahren: Ihre Daten verarbeiten wir zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung entsprechend Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Detaillierte Informationen dazu wie Rechtsgrundlagen, Zweck der Verarbeitung, Speicherdauer, Kontaktdaten von Datenschutzbeauftragter und -aufsichtsbehörde sowie zu Ihren Rechten nach der DS-GVO erhalten Sie auf unserer Internetseite [www.rentenservice.de](http://www.rentenservice.de) oder auf schriftliche Anfrage bei Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin.

Note concerning the use of your personal data with regard to pension payments: we process your data to fulfil a legal obligation pursuant to Article 6, Paragraph 1, Letter c) of the European Union General Data Protection Regulation (EU GDPR). Detailed information regarding this, such as the legal basis, the processing purpose, the storage duration, the data protection officer's contact details, the supervisory authority and your rights under the EU GDPR, can be found on our website [www.rentenservice.de](http://www.rentenservice.de) or on written request to Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin, Germany.

Information sur l'utilisation de vos données personnelles dans la procédure de paiement des pensions de retraite : nous traitons vos données afin de respecter une obligation légale, conformément aux dispositions de l'article 6, paragraphe 1, point c) du règlement général sur la protection des données (RGPD). Des informations détaillées sur ce sujet, telles que le fondement juridique, la finalité, la durée de conservation des données, les coordonnées du délégué à la protection des données et de l'autorité de contrôle, ainsi que sur les droits dont vous bénéficiez en vertu du RGPD sont à votre disposition sur notre site Internet [www.rentenservice.de](http://www.rentenservice.de) ou sur demande écrite à adresser à Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin.



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

**K Information concerning reduced earning capacity**

Please fill out this section only if you apply for benefits for reduction in earning capacity

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

**Angaben zur Erwerbsminderung**

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird  
Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

<p>1 Are you currently unable to work due to illness?</p> <p><b>If yes, since when?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>Day Tag      Month Monat      Year Jahr</p>	<p>Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?</p> <p><b>Falls ja, seit wann?</b></p>
<p>2 Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?</p>	<p>Day Tag      Month Monat      Year Jahr</p>	<p>Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?</p>
<p>3 Did you receive as from this date income resulting from</p> <p>- <b>dependent employment</b> (inclusive early retirement benefits from the employer) indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>- <b>abhängiger Beschäftigung</b> (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen)</p>
<p>- <b>self-employment</b> (business establishment, freelance work; agriculture and forestry etc.) indicate 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>- <b>selbständige Tätigkeit</b> (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)</p>
<p>4 Did you receive as from this date short-term income as substitute for an income from a gainful employment from</p> <p>- statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc.</p> <p>Type of benefit</p> <p>from / vom      to / bis</p> <p>Periods of drawing the benefit</p> <p>Monthly gross benefit (Please submit proof)</p> <p>- statutory benefits for unemployment, short time work</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>- statutory benefits for maternity (only until December 31, 2022)</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>Type of benefit</p> <p>from / vom      to / bis</p> <p>Periods of drawing the benefit</p> <p>Monthly gross benefit (Please submit proof)</p> <p>I agree that a repayable amount of up to 300 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><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbseinkommen bezogen aus</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw.</p> <p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum</p> <p>Höhe der monatlichen Bruttoleistung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld</p> <p>- gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft (nur bis 31. Dezember 2022)</p> <p>Art der Leistung</p> <p>Bezugszeitraum</p> <p>Höhe der monatlichen Bruttoleistung (Bitte Nachweis beifügen)</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 300 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.</p>



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>5 Due to which illness do you estimate that your earning capacity is reduced? (Please submit your <b>medical findings and documents</b>)</p>		<p>Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre <b>ärztlichen Befunde und Unterlagen</b> bei)</p>							
<p>6 What types of work do you consider yourself still able to perform?  To what extent?</p>	<p>hours per day / Stunden täglich</p>	<p>Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?  In welchem Umfang?</p>							
<p>7 Did you complete successfully a vocational training, retraining, earn further qualifications  or were you a trainee?  Commencement and end profession or job you trained for (Please submit proof)</p>	<table border="0"> <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>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	from / vom	to / bis	<p>Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert  oder bestand ein Anlernverhältnis?  Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen)</p>	
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja								
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja								
from / vom	to / bis								
<p>8 Was the impairment of health caused by an occupational disease, an accident or another person?  <b>If yes</b>, please indicate: - the cause  - the day of accident  <b>If the accident</b> was caused by another person, please indicate the name and address of the person responsible.  Has a claim for compensation of damages been filed?  <b>If yes</b>, against whom? (Please indicate name and address)</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</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	Day Tag	Month Monat	Year Jahr	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	<p>Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden?  <b>Falls ja</b>, bitte angeben: - die Ursache  - der Tag des Unfalls  <b>Falls der Unfall</b> durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.  Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht?  <b>Falls ja</b>, gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben)</p>
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja								
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja								
<p>9 Did you receive medical outpatient treatment recently or were medical examinations arranged for you in recent years? (Please submit medical documents)  <b>If yes</b>, please indicate: - name and address of physician  - type of illness  - dates of treatment</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> yes ja</td> </tr> <tr> <td>from / vom</td> <td>to / bis</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja	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)  <b>Falls ja</b>, bitte angeben: - Name und Anschrift des Arztes  - Art der Leiden  - Beginn und Ende der Behandlung</p>			
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> yes ja								
from / vom	to / bis								



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

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

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

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

10	<p>Did you receive inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documents)</p> <p><b>If yes, please indicate:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- name and address of the hospital</li> <li>- type of illness</li> <li>- dates of treatment</li> </ul>	<p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> no nein             <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> yes ja</span> </p>	<p>Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei)</p> <p><b>Falls ja, bitte angeben:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Name und Anschrift des Krankenhauses</li> <li>- Art der Leiden</li> <li>- Beginn und Ende der Behandlung</li> </ul>
		from / vom	to / bis

