

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
 Dirección postal: 40194 Düsseldorf
 GERMANY
 Teléfono: +49 211 937 0
 Telefax: +49 211 937 3200
 E-Mail: info@drv-rheinland.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
 Dirección postal: 10704 Berlin
 GERMANY
 Teléfono: +49 30 865 0
 Telefax: +49 30 865 27240
 E-Mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
 Dirección postal: 44781 Bochum
 GERMANY
 Teléfono: +49 234 304-0
 Telefax: +49 234 304-53050
 E-Mail: rentenversicherung@kbs.de



DE / UY 1

Solicitud de jubilación
 a cargo de la Deutsche Rentenversicherung

Las aclaraciones que se adjuntan están destinadas a ayudarle a rellenar la solicitud. Solicitamos conteste detalladamente a todas las preguntas, marque con una cruz las opciones que correspondan y adjunte todos los justificantes necesarios.

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 Datos del asegurado

Angaben zum Versicherten

1	Número de seguro alemán		Deutsche Versicherungsnummer						
2	Referencia (si se conoce)		Kennzeichen (soweit bekannt)						
3	Cédula de identidad uruguayaya		Uruguayische Personalausweisnummer						
4	Apellido(s)		Nachname						
5	Nombre(s) (subrayar nombre principal)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)						
6	Apellido(s) de nacimiento (en caso de que difiera[n] del apellido actual)		Geburtsname (wenn abweichend)						
7	Apellido(s) anteriores		Frühere Namen						
8	Fecha de nacimiento (Solicitamos adjunte un certificado de nacimiento o bien se confirme en la parte J.)	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
día Tag	mes Monat	año Jahr							
9	Lugar de nacimiento (Localidad, Departamento, Estado)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)						
10	Sexo	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> weiblich	Geschlecht						
11	Nacionalidad(es) actual(es) (Solicitamos adjunte un justificante o bien se confirme en la parte J.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)						
12	Dirección actual		Derzeitige Anschrift						
13	Número de teléfono		Telefonnummer						
14	Número de telefax		Telefaxnummer						
15	Estado civil	<table border="0"> <tr> <td>no casado (soltero/a, viudo/a o divorciado/a), no viviendo en concubinato registrado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend</td> </tr> <tr> <td>casado / nuevamente casado / viviendo en concubinato registrado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend</td> </tr> </table>	no casado (soltero/a, viudo/a o divorciado/a), no viviendo en concubinato registrado	<input type="checkbox"/>	nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	casado / nuevamente casado / viviendo en concubinato registrado	<input type="checkbox"/>	verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand
no casado (soltero/a, viudo/a o divorciado/a), no viviendo en concubinato registrado	<input type="checkbox"/>	nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend							
casado / nuevamente casado / viviendo en concubinato registrado	<input type="checkbox"/>	verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend							



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer
--

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)
--

B Presentación de la solicitud por otra persona (Solicitamos adjunte el poder / justificante)

Antragstellung durch andere Person (Bitte Vollmacht / Nachweise beifügen)

1	Apellido(s)	Nachname
2	Nombre(s) (subrayar nombre principal)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Dirección	Anschrift
4	Número de teléfono	Telefonnummer
5	Número de telefax	Telefaxnummer

C Tipo de jubilación solicitada y fecha de inicio de la jubilación

Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	Jubilación por edad	<input type="checkbox"/>	Altersrente												
2	Jubilación por incapacidad (Solicitamos rellene también el apartado L.)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen.)												
3	Jubilación por educación de hijos para personas divorciadas posterior al 30.06.1977 que cuidan o educan a hijos.	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30. Juni 1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen												
4	Deseo que la jubilación por edad empiece - en la fecha más pronta posible con reducción en el importe - en la fecha más pronta posible sin reducción en el importe - a partir del	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td></td> </tr> </table>	día	mes	año	Tag	Monat	Jahr	0	1		Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung - oder zum			
día	mes	año													
Tag	Monat	Jahr													
0	1														
5	En relación con mi(s) empleo(s) remunerado(s) y / o mi(s) actividad(es) independiente(s) declaro con la presente: - Lo(s) he dejado el: (Solicitamos adjunte un certificado sobre el cese del empleo o de la actividad independiente.) - Lo(s) dejaré a partir del:	<table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td>día</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> </table>	día	mes	año	Tag	Monat	Jahr	día	mes	año	Tag	Monat	Jahr	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
día	mes	año													
Tag	Monat	Jahr													
día	mes	año													
Tag	Monat	Jahr													
6	Tengo previsto ejercer (o seguir ejerciendo) un empleo o una actividad independiente una vez iniciado el abono de la jubilación por edad alemana. En caso afirmativo solicitamos facilite más información al respecto: - Empleo en relación de dependencia (incluyendo prestaciones prejubilatorias por parte del empleador) Ingresos mensuales brutos (Solicitamos adjunte certificados del empleador.) - Actividad independiente (empresa, trabajo como independiente, actividad agrícola y forestal, etc.) Beneficio imponible mensual previsto (Solicitamos adjunte la última declaración de la renta o bien un certificado del asesor fiscal.)	<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si 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.) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)												



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

E Información acerca de la vida laboral en Alemania

Solicitamos facilite información acerca de

- períodos de empleo
- períodos de actividades como trabajador independiente
- cotizaciones voluntarias
- períodos sustitutos (por ejemplo servicio militar, cautiverio de guerra, expulsión)

Solicitamos indique **únicamente** los períodos que **no** constan en su informe de cotizaciones y solicitamos adjunte los justificantes correspondientes. En caso de ser necesario puede solicitar un informe de cotizaciones de su organismo de seguro alemán.

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 Versicherungsträger anfordern.

Período desde - hasta	Denominación exacta del empleo desempeñado o de la actividad como trabajador independiente (En caso de períodos sustitutos solicitamos indique el tipo de período.)	Nombre y dirección el empleador / de la empresa, en caso de trabajadores independientes solicitamos indique "actividad independiente"	Nombre y dirección de la Caja de enfermedad donde estuvo asegurado (por ejemplo AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genauere 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, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

De ser necesario, siga en una hoja aparte. / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



F Datos complementarios acerca de los períodos de seguro
(Solicitamos adjunte los justificantes si no se presentaron en un momento anterior)

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

<p>1 ¿En algún momento le fueron devueltas cotizaciones a cargo del seguro de pensiones alemán?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>En caso afirmativo solicitamos indique:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organismo de seguro - Número de seguro, referencia 		<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
<p>2 ¿Se ha realizado en su caso un procedimiento de compensación de los derechos a jubilación en caso de divorcio (Versorgungsausgleich) según legislación alemana?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>En caso afirmativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Vive su antigua pareja actualmente? - Nombre y dirección de la antigua pareja <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>- ¿Está obligado a abonarle una pensión alimenticia a su antigua pareja o le ha abonado una indemnización? (Solicitamos adjunte el certificado o acuerdo sobre la pensión alimenticia y el justificante de pago.)</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.)
<p>3 ¿Realizó usted una formación profesional en Alemania (incluso sin título final)?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>desde / vom _____ hasta / bis _____</p> <p>Período</p> <p>Tipo de formación profesional (Solicitamos adjunte el justificante.)</p> <p>Indique fecha de los exámenes finales (Solicitamos adjunte el justificante.)</p> <p>día Tag mes Monat año 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>
<p>4 ¿Estuvo usted incapacitado laboralmente en Alemania o percibió prestaciones para la rehabilitación médica que no constan en el informe de cotizaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>desde / vom _____ hasta / bis _____</p> <p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p> <p>desde / vom _____ hasta / 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>
<p>5 ¿Estuvo usted inscrito como desempleado en Alemania y este período no consta en el informe de cotizaciones?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> si ja</p> <p>desde / vom _____ hasta / bis _____</p> <p>Períodos (Solicitamos adjunte los justificantes.)</p> <p>desde / vom _____ hasta / bis _____</p>		<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>



I Declaración**Erklärung**

Aseguro haber hecho todas las indicaciones figurando en esta solicitud según mi leal saber y entender. Estoy consciente de que informaciones premeditadamente falsas pueden llevar a una persecución penal por parte de las administraciones de la República Federal de Alemania.

Me comprometo - una vez presentada la solicitud y aprobada la prestación jubilatoria - a comunicarle inmediatamente y por escrito al organismo de seguro de pensiones cualquier cambio de las circunstancias que influyan en el abono o en el derecho mismo y a reembolsarle al organismo de seguro importes abonados en demasía.

Estoy consciente de que el Banco de Previsión Social (BPS) tiene la autorización de comunicarle al organismo del seguro de jubilaciones y pensiones alemán competente cualquier información relativa a la nacionalidad, a la condición de apátrida, a la condición de refugiado, al informe de cotizaciones uruguayo, al derecho a jubilación o pensión así como al importe de esta que conste en el expediente. En cuanto sea necesario para la prestación jubilatoria solicitada, el BPS **tiene además la autorización** de conseguir informes médicos de médicos y hospitales para el organismo del seguro de jubilaciones y pensiones alemán competente.

Consiento que el BPS pueda poner a disposición del organismo de seguro de pensiones alemán competente - y viceversa - toda la documentación y los justificantes presentados en relación con esta solicitud, o que sean necesarios una vez tomada la decisión sobre esta solicitud, para que se pueda tomar una decisión sobre el derecho a la prestación.

En cuanto sea necesario para el trámite de la solicitud de pensión, **consiento que** el organismo de seguro de pensiones alemán competente o el BPS puedan acceder y hacer uso de todos los informes médicos o diagnósticos que presente en el marco del procedimiento de tramitación o que consten en los antecedentes o que se establezcan durante el procedimiento de tramitación. Además consiento que los médicos, psicólogos e instituciones que me tratan cedan la información necesaria sobre mi estado de salud. Esto incluye también la remisión de documentación médica que les conste o que se establezca durante el procedimiento de trámite de la jubilación. Sé que en todo momento puedo revocar mi consentimiento con efecto para el futuro.

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 Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Leistung unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass die Banco de Previsión Social (BPS) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den uruguayischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** die BPS 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 BPS 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 die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der BPS eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern 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.

Firma del solicitante**Unterschrift des Antragstellers**

Fecha / Datum

Firma / Unterschrift

Solicitamos rellene y firme también la **declaración de pago** en la parte K!

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

En caso de una solicitud de **jubilación por incapacidad laboral** solicitamos rellene también la parte L!

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



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

J Confirmación por parte del BPS

Bestätigung durch BPS

Día de presentación de la solicitud de acuerdo con el artículo 17, párrafo 1 del Convenio	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Tag der Antragstellung nach Artikel 17 Abs. 1 des Abkommens
día Tag	mes Monat	año Jahr						
<p>Los datos personales del solicitante de pensión (apellidos, nombre, fecha de nacimiento y nacionalidad) se confirman mediante:</p> <p>- pasaporte vigente</p> <p>- otro(s) documento(s) oficial(es) (solicitamos indique el tipo)</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <p>- gültigen Reisepass</p> <p>- sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)</p>		
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja							
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja							
Los datos de los hijos en la parte G (apellidos, nombre, fecha de nacimiento) se confirman mediante documentos oficiales presentados.	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> no nein</td> <td><input type="checkbox"/> si ja</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.				
<input type="checkbox"/> no nein	<input type="checkbox"/> si ja							
Fecha	<table border="1"> <tr> <td>día Tag</td> <td>mes Monat</td> <td>año Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	día Tag	mes Monat	año Jahr				Datum
día Tag	mes Monat	año Jahr						
Firma		Unterschrift						
Sello del BPS		Stempel von BPS						



Número de seguro alemán / Deutsche Versicherungsnummer

Referencia (si se conoce) / Kennzeichen (soweit bekannt)

<p>3 Pago al apoderado</p> <p>Deseo que los atrasos de la jubilación sean abonados a mi apoderado <input type="checkbox"/></p> <p>- mediante transferencia a la siguiente cuenta en la República Federal de Alemania</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Nombre de la entidad bancaria</p> <p>Dirección de la entidad bancaria</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p> <p>Name des Geldinstituts</p> <p>Anschrift des Geldinstituts</p>	<p>Zahlung an den Bevollmächtigten</p> <p>Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden</p> <p>- durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland</p> <p>SWIFT Bank Identifier Code - BIC</p> <p>International Bank Account Number - IBAN</p>
<p>4 Declaro que cuando el pago de la prestación jubilatoria se haya enviado de la forma anteriormente indicada por mí, se tendrá por cumplida la obligación.</p> <p>Me comprometo a informar inmediatamente y por escrito a la</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin GERMANY</p> <p>sobre todo cambio de las circunstancias que puedan influir en el pago o en la cuantía del importe de la jubilación o el derecho de jubilación.</p> <p>Además, me comprometo a devolver a la</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln GERMANY</p> <p>las cantidades que me hayan sido abonadas en demasía. He facultado además - con efectos también sobre mis herederos - para que en caso de que sean abonadas en mi cuenta cantidades en demasía, estas sean devueltas por la entidad bancaria en que se halle mi cuenta a la Deutsche Post AG en Köln. Esta declaración podrá ser revocada solamente por mí - pero no por mis herederos.</p>	<p>Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Rente in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.</p> <p>Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin DEUTSCHLAND</p> <p>mitzuteilen.</p> <p>Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die</p> <p style="text-align: center;">Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln DEUTSCHLAND</p> <p>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.</p>	
<p>5 Certificación del instituto bancario / Bestätigung des Bankinstitutes</p> <p>Tomamos nota de la solicitud y confirmamos los datos indicados en punto 1. Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1.</p>		
<p>Fecha / Datum</p>	<p>Firma del solicitante / Unterschrift des Antragstellers</p>	<p>Firma del cotitular o del apoderado de la cuenta / Unterschrift des Kontoinhabers oder des Kontobevollmächtigten</p>
<p>Localidad, fecha / Ort, Datum</p>	<p>Firma / Sello del instituto bancario / Unterschrift, Stempel des Bankinstitutes</p>	





Postfach 10 13 40
34013 Kassel - GERMANY

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

ANEXO

Solicitud de prestación jubilatoria

A cargo del seguro de vejez de los agricultores
(Alterssicherung der Landwirte, AdL)

Solicitamos rellene este ANEXO únicamente en caso de que haya abonado cotizaciones a una caja de previsión agrícola (landwirtschaftliche Alterskasse, LAK) como agricultor independiente o cónyuge de un agricultor independiente en Alemania.

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 Datos personales

Angaben zur Person

1	Número de identificación	2 2 1 /	Identifikationsnummer
2	Datos del cónyuge del solicitante		Angaben zum Ehegatten des Antragstellers
3	Apellido(s)		Nachname
4	Nombre		Vorname
5	Fecha de nacimiento		Geburtsdatum
6	Lugar de nacimiento		Geburtsort
7	Nacionalidad		Staatsangehörigkeit
8	El caso dado, fecha de fallecimiento		ggf. Sterbedatum

B Datos sobre las cotizaciones

Angaben zur Beitragszahlung

1	¿Abonó usted o su cónyuge cotizaciones a una Caja de Previsión agrícola (landwirtschaftliche Alterskasse, LAK)?	Solicitante / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Nombre de la LAK		Name der LAK
	Referencia		Aktenzeichen
		Cónyuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ja, und zwar zur:	
	Nombre de la LAK		Name der LAK
	Referencia		Aktenzeichen
2	¿Desempeño usted o su cónyuge una actividad como agricultor independiente fuera de Alemania?	Solicitante / Antragsteller <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, en: ja, und zwar in:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
	País		Land
		Cónyuge / Ehegatte <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, en: ja, und zwar in:	
	País		Land



C Abono de la prestación jubilatoria**Auszahlung der Rente**

1	¿A qué cuenta desea que se abone la prestación dineraria solicitada? (Lamentablemente, la prestación de la AdL no se puede abonar mediante cheque.)	Nombre y dirección de la entidad bancaria / 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	Código de identificación de la entidad bancaria		Bankleitzahl des Geldinstituts
3	Número de cuenta		Kontonummer
4	Titular de la cuenta, si no es idéntico al solicitante		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 Firma**Unterschrift**

1	Firma del solicitante	Unterschrift des Antragstellers
2	Firma del cónyuge	Unterschrift des Ehegatten

