

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

Eingangsstempel

Fragebogen für Anrechnungszeiten

V0410

Handschriftliche Ergänzungen bitte
in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	

Haben Sie folgende Zeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0411).

2 Krankheit / Rehabilitation

Beweismittel bitte beifügen

2.1 Waren Sie arbeitsunfähig wegen Krankheit?

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2
vom - bis _____

ja, _____
vom - bis _____

2.1.1 Wurden ab dem 1.1.1984 Leistungen (zum Beispiel Krankengeld) an Sie gezahlt?

nein ja, vom - bis _____

Art der Leistung _____

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen _____

vom - bis _____

Art der Leistung _____

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

2.2 Haben Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten?
(zum Beispiel Heilbehandlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.3

vom - bis

ja,

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

vom - bis

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

2.2.1 Wurden während dieser Zeiten Leistungen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?

vom - bis

nein ja,

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

vom - bis

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

2.3 Waren Sie zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?

vom - bis

nein ja,

vom - bis

3 Schwangerschaft / Mutterschutz

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Liegen Zeiten der Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen vor?

vom - bis

nein ja,

vom - bis



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Arbeitslosigkeit / Bezug von Arbeitslosengeld II

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Waren Sie bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt), einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft oder einem Jobcenter arbeitslos gemeldet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.2
vom - bis

ja, _____
arbeitslos gemeldet bei (Anschrift)

gegebenenfalls Art der bezogenen Leistung (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld II)

Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

4.1.1 Wurden von diesem Träger Beiträge an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis

nein ja,

4.2 Haben Sie nach dem 31.12.2010 Arbeitslosengeld II von einer deutschen Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einem Jobcenter bezogen?

vom - bis

nein ja _____
von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

5 Ausbildung

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Zeiten der Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt (auch im Ausland)?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3
vom - bis

ja _____
Ausbildungsart

Abschluss (am, durch)

vom - bis

Ausbildungsart

Abschluss (am, durch)



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

5.2 Handelte es sich bei diesen Ausbildungen um Teilzeitausbildungen, Abendausbildungen oder Fernausbildungen?

vom - bis

nein ja

Ausbildungsart

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden? nein ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt? nein ja

vom - bis

Ausbildungsart

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden? nein ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt? nein ja

5.3 Haben Sie an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr teilgenommen?

vom - bis

nein ja

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

vom - bis

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.3

Beweismittel bitte beifügen

vom - bis	

Kostenträger	

Art der Förderungsleistung (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)	

<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

6 Ausbildungssuche

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als ausbildungssuchend gemeldet?	
vom - bis	

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)	

7 Schlechtwettergeld

Beweismittel bitte beifügen

7.1 Haben Sie bis zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen?	
vom - bis	

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

8 Rentenbezug

Beweismittel bitte beifügen

8.1 Haben Sie eine Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen?	
vom - bis	

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art der Leistung	

Versicherungsträger, Aktenzeichen	

8.2 Haben Sie eine Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz) bezogen?	
vom - bis	

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Art der Leistung	

Versicherungsträger, Aktenzeichen	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG)

Beweismittel bitte beifügen

9.1 Haben Sie Zeiten des Gewahrsams im Sinne des HHG im Ausland ab 1.1.1992 zurückgelegt?

vom - bis

nein

ja

Ort beziehungsweise Gebiet des Gewahrsams

10 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

11 Anlagen

