

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



Eingangsstempel

Fragebogen zur Klärung und Prüfung von Zeiten im Beitrittsgebiet

V0700

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum

Beweismittel bitte beifügen

2 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste beziehungsweise Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen?		
	vom - bis	damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____

3 Waren Sie in der Zeit vom 1.7.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?		
	vom - bis	Aufenthaltsort
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____

4 Haben Sie einem Zusatzversorgungssystem oder Sonderversorgungssystem angehört beziehungsweise eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?		
	vom - bis	Versorgungssystem
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Art der Ausbildung beziehungsweise des ausgeübten Berufs _____		

5 Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (zum Beispiel Offizier im besonderen Einsatz - OibE / Hauptamtlicher Inoffizieller Mitarbeiter - HIM)?		
	vom - bis	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	

6 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.2.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die gegebenenfalls auch abgefunden wurden?		
	vom - bis	bei
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Beweismittel bitte beifügen

7 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

8 Haben Sie Zeiten des Freiheitsentzugs erlitten, für die eine Rehabilitierung oder Kassation erfolgt ist?

nein, bitte weiter bei Ziffer 9

vom - bis

ja

8.1 Waren Sie im Anschluss an den Freiheitsentzug krank oder arbeitslos?

vom - bis

nein ja

9 Sind Sie aus der ehemaligen DDR oder Berlin (Ost) geflüchtet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 10

vom - bis

ja

Ausweis für Vertriebene und Flüchtlinge **C** ist beigefügt.

9.1 Waren Sie im Anschluss an die Flucht arbeitsunfähig oder unverschuldet arbeitslos?

vom - bis

nein ja

10 Haben Sie eine Rente aus der Sozialversicherung oder nach § 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz (zum Beispiel Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen oder eine befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes) bezogen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 11

vom - bis

ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen

10.1 Waren Sie während des Rentenbezugs abhängig beschäftigt oder selbständig tätig?

vom - bis

nein ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

11 Sind die im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegten Zeiten (einschließlich Beitragszeiten zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung - FZR) im Sozialversicherungsausweis **vollständig** enthalten?

nein

ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen und bitte weiter bei Ziffer 23

12 Wurde anlässlich der Geburt eines Kindes der gesetzliche Mutterschaftsurlaub (zum Beispiel Freistellung bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes) in Anspruch genommen?

vom - bis

nein ja _____

vom - bis

13 Berufliche Qualifikation

Beweismittel bitte beifügen

13.1 Welche berufliche Qualifikation haben Sie erworben?

Facharbeiter / qualifizierter Arbeiter

Ausbildungsstätte _____

Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____

Meister

Ausbildungsstätte _____

Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____

Fachschulabschluss beziehungsweise Technikerabschluss (mittlere Berufsausbildung)

Ausbildungsstätte _____

Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____

Hochschulabschluss

Ausbildungsstätte _____

Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 13.1

Beweismittel bitte beifügen

<input type="checkbox"/>	sonstige Qualifikation Qualifikation als _____ Ausbildungsstätte _____ Ausbildungsdauer vom - bis _____ Abschluss beziehungsweise Zuerkennung am _____
<input type="checkbox"/>	keine, bitte weiter bei Ziffer 13.3
13.2 Waren Sie gegebenenfalls nach dem Erwerb einer dieser Qualifikationen noch zu Ausbildungszwecken (zum Beispiel Praktikum, Vorbereitungsdienst) beschäftigt? vom - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	
13.3 Wurden Beiträge aufgrund einer Schulausbildung, Fachschulausbildung oder Hochschulausbildung gezahlt ("Studentenversicherung")? vom - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	

14 Haben Sie als Wehrpflichtiger nach dem 23.1.1962 Grundwehrdienst oder Ersatzdienst geleistet? vom - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	
---	--

15 Bestand ein mindestens zehnjähriges ununterbrochenes Beschäftigungsverhältnis bei demselben Arbeitgeber - in demselben Betrieb? vom - bis _____ Arbeitgeber / Betrieb _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ vom - bis _____ Arbeitgeber / Betrieb _____	
--	--

16 Waren Sie Kirchenbediensteter, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften oder Ordensmitglied? <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 17 vom - bis _____ Art der Tätigkeit _____ <input type="checkbox"/> ja _____ Name der Religionsgesellschaft oder des Ordens _____	
16.1 Wurden Zeiten aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Religionsgesellschaft und der ehemaligen DDR in der Sozialversicherung (Rentenversicherung) berücksichtigt? vom - bis _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

Beweismittel bitte beifügen

17 Waren Sie als Selbständiger oder Unternehmer tätig?

nein, bitte weiter bei Ziffer 18

vom - bis

als

ja

17.1 Haben Sie Personen (ohne mitarbeitende Familienmitglieder und ohne Lehrlinge ohne Entgelt) regelmäßig beschäftigt?

Anzahl

in welcher Berufsstellung

nein ja

17.2 Handelte es sich um ein Gesellschaftsunternehmen? Gegebenenfalls welche Stellung hatten Sie als Gesellschafter?

Unternehmensform (zum Beispiel OHG, KG, Betrieb mit staatlicher Beteiligung)

nein ja

Stellung als Gesellschafter (zum Beispiel Komplementär, Kommanditist)

Höhe der Beteiligung

18 Waren Sie Mitglied einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft oder einer Produktionsgenossenschaft des Handwerks?

vom - bis

nein ja

19 Haben Sie freiwillige Beiträge gezahlt?

vom - bis

monatliche Beitragshöhe

nein ja

20 Haben Sie in der Zeit vom 1.3.1971 bis 30.6.1990 Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt?

vom - bis

nein ja



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

21 Hinweise zur nachfolgenden Beschäftigungsaufstellung für sämtliche nicht nachgewiesene Zeiten

Die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse bitten wir lückenlos in ihrer zeitlichen Reihenfolge aufzuführen und die ausgeübte Tätigkeit genau zu bezeichnen (keine Sammelbegriffe wie Angestellter, sondern zum Beispiel Lohnbuchhalter, technischer Zeichner).

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des maßgebenden Wirtschaftsbereichs; sie sind nur für Zeiten ab 1.1.1950 notwendig. Geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbszweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (zum Beispiel Herstellung von Fernsehgeräten, Herstellung von Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (zum Beispiel eines Kombinats), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte anhand der nachfolgenden Übersicht die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in den der Betrieb beziehungsweise die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

In Spalte 7 geben Sie bitte gegebenenfalls Vollzeitbeschäftigung an. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden sowie die volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche anzugeben.

Wirtschaftsbereiche

1 Energieindustrie, Brennstoffindustrie einschließlich Kohlebergbau (Steinkohlenindustrie, Braunkohlenindustrie, Kokereien)	13 produzierendes Handwerk
	14 Land- und Forstwirtschaft
	15 Verkehr
2 chemische Industrie einschließlich Salzbergbau (zum Beispiel Kalisalzindustrie, Steinsalzindustrie)	16 Postwesen und Fernmeldewesen
	17 Handel
3 Metallurgie einschließlich Erzbergbau	18 Bildung, Gesundheitswesen, Kultur, Sozialwesen
4 Baumaterialienindustrie	19 Wissenschaft, Hochschulwesen, Fachschulwesen
5 Wasserwirtschaft	20 staatliche Verwaltung, gesellschaftliche Organisationen
6 Maschinenbau, Fahrzeugbau	
7 Elektrotechnik, Elektronik, Gerätebau	
8 Leichtindustrie (Holzindustrie, Glasindustrie, Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie)	21 sonstige nichtproduzierende Bereiche (zum Beispiel Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)
9 Textilindustrie (zum Beispiel Faserherstellung, Garnherstellung, Stoffherstellung)	22 landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Bereich 14 zuzuordnen)
10 Lebensmittelindustrie	
11 Bauwirtschaft	23 Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen)
12 sonstige produzierende Bereiche (zum Beispiel Verlage, Forschungszentren der Industrie)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

Beweismittel bitte beifügen

22 Beschäftigungsaufstellung für sämtliche nicht nachgewiesene Zeiten

	1	2	3	4
	Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Name und Sitz des Arbeitgebers / Unternehmers	nur für Zeiten ab 1.1.1950	
Haupterwerbszweck beziehungsweise Funktion des Betriebes (gegebenenfalls der größeren Unternehmenseinheit)			Wirtschaftsbereich (Nummer aus der vorstehenden Übersicht)	
Beispiel	1.4.1959 - 31.10.1959	VEB Hydraulik, Rochlitz (Betrieb im Kombinat ORSTA)	Herstellung von Hydraulikteilen	6
a				
b				
c				
d				
e				
f				
g				
h				
i				
j				

Sofern sich der Name während der vorstehend aufgeführten Zeiten geändert hat, bitte den jeweiligen Namen hier eintragen:

Zeile	Name	Zeile	Name



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

**Beweismittel bitte
beifügen**

- Fortsetzung -

	5	6	7		
	Art der Tätigkeit	Arbeitsentgelt Höhe des wöchentlichen / monatlichen Entgelts	wöchentliche Arbeitszeit		
			Vollzeit- beschäfti- gung	nur für Zeiten ab 1.1.1950 bei Vorliegen von Teilzeitbeschäftigung	
			tatsächliche wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche	
Beispiel	Buchhalter	monatlich 650 M	<input checked="checked" type="checkbox"/>		
a			<input type="checkbox"/>		
b			<input type="checkbox"/>		
c			<input type="checkbox"/>		
d			<input type="checkbox"/>		
e			<input type="checkbox"/>		
f			<input type="checkbox"/>		
g			<input type="checkbox"/>		
h			<input type="checkbox"/>		
i			<input type="checkbox"/>		
j			<input type="checkbox"/>		



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

23 Hinweise zu Beweismitteln

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, Fotokopien einzusenden, sofern wir nicht ausdrücklich Originalunterlagen oder Fotokopien beziehungsweise Abschriften anfordern, auf denen die Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist.

Besitzen Sie noch Versicherungsunterlagen (Versichertenausweise und Versicherungsausweise, Ausweise für Arbeit und Sozialversicherung, Versicherungskarten, Beitragsbescheinigungen, Einzahlungsquittungen), bitten wir, diese einzusenden.

Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht.

Haben Sie keine Versicherungsunterlagen und sind solche auch nicht zu erlangen, genügt es, wenn die Beitragszeiten unter anderem durch Arbeitszeugnisse, Arbeitsbücher, Arbeitgeberbescheinigungen, Gehaltsbescheinigungen, Erklärungen früherer Mitarbeiter oder anderer Zeugen (nach Möglichkeit mehrere) glaubhaft gemacht werden.

In Fotokopien des Ausweises für Arbeit und Sozialversicherung können Sie die Daten unkenntlich machen, die für den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich sind. Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Ist eine Bestätigung (keine amtliche Beglaubigung) erforderlich, kann diese durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater oder Versichertenälteste, durch die anderen Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen), durch die Versicherungsämter beziehungsweise die Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen oder die deutschen Auslandsvertretungen vorgenommen werden; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht nicht aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst, einer Kirchenbehörde oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird.

24 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

