

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

5 Versicherungsverhältnis

sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen

5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?

- nein
- ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, gegebenenfalls weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

**sämtliche vorhandenen
Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

5.2 Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

vom - bis

nein ja

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

vom - bis

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

5.3 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

vom - bis

nein ja

Staat

5.4 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?

vom - bis

nein ja

Versicherungsträger

5.5 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

5.6 Wurde für Sie eine Nachversicherung durchgeführt?

bei welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8 Versicherungsfreiheit beziehungsweise Befreiung von der Versicherungspflicht

(nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)

Beweismittel bitte beifügen

<p>8.1 Sind Sie Beamter, Richter oder Soldat?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.3 Beginn des Dienstverhältnisses</p> <p><input type="checkbox"/> ja _____ Versorgungsträger</p>						
<p>8.2 Sind Sie Beamter oder Richter auf Lebenszeit beziehungsweise Berufssoldat? bitte Status angeben (auf Probe, auf Zeit oder auf Widerruf)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 9</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 8.4</p>						
<p>8.3 Sind Sie DO-Angestellter?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.5</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table></p>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_
Tag	Monat	Jahr				
_	_	_				
<p>8.4 Sind Sie zurzeit ohne Dienstbezüge / Arbeitsentgelt beurlaubt oder ist aus anderen Gründen die Zahlung von Dienstbezügen / Arbeitsentgelt unterbrochen?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.8</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wegen Kindererziehung Namen und Geburtsdatum des Kindes / der Kinder</p> <p>_____</p> <p>bitte Name des Elternteils angeben, wenn die Kindererziehungszeiten beim anderen Elternteil berücksichtigt werden sollen</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Beurlaubung und gleichzeitige Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber Name und Anschrift des Arbeitgebers, gegebenenfalls Gewährleistungsentscheidung vom Dienstherrn beifügen</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> aus sonstigen Gründen</p> <p>_____</p> <p>bitte weiter bei Ziffer 8.8</p>						
<p>8.5 Sind Sie als Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder als Lehrer an einer Privatschule von der Versicherungspflicht befreit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.6</p> <p><input type="checkbox"/> ja, seit <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td> _ </td><td> _ </td><td> _ </td></tr></table></p>	Tag	Monat	Jahr	_	_	_
Tag	Monat	Jahr				
_	_	_				



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung Beweismittel bitte beifügen

9.1 Wurden Sachleistungen oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für den Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner / ein Kind -)?

vom - bis

nein ja

Art der Leistung

bewilligende Stelle

Aktenzeichen

9.2 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt worden?

wann

nein ja

Versicherungsträger

Aktenzeichen

10 Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene

(nur bei Antrag nach Ziffer 1.3)

Beweismittel bitte beifügen

10.1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder sonstigen Unfall verursacht worden?

Todesursache

nein ja

festgestellt von

10.2 Ist der Tod des Versicherten innerhalb von 6 Jahren nach Beendigung einer Schulausbildung oder Berufsausbildung eingetreten?

nein ja

10.3 Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

nein ja Witwe Witwer

hinterbliebene Lebenspartnerin hinterbliebener Lebenspartner

Halbweise / Halbweisen Vollweise / Vollwaisen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift



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

11 Dokumentenzugang

11.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

- Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

11.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

12 Zahlungsweg

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich wünsche die Beitragserstattung, auch wenn ich zur freiwilligen Versicherung berechtigt sein sollte.

Mir ist bekannt, dass mit der Beitragserstattung das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst wird. Ansprüche aus den bis zur Erstattung zurückgelegten rentenrechtlichen Zeiten (Beitragszeiten, Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten) bestehen nicht mehr. Dies gilt auch für Zeiten, für die keine Beiträge erstattet werden (zum Beispiel Kindererziehungszeiten, Wehrdienstzeiten und Zivildienstzeiten, Nachversicherungszeiten, Beiträge vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben).



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

Mir ist bewusst, dass eine Beitragserstattung oder eine Rentenzahlung Einfluss auf beamtenrechtliche Versorgungsbezüge haben kann und ich mich hierzu an die Versorgungsdienststelle meines Dienstherrn wenden kann.

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

14 Anlagen

- ____ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers
- ____ Versicherungskarten Nummer _____
- ____ Aufrechnungsbescheinigungen Nummer _____
- ____ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet
- ____ knappschaftliche Beitragsunterlagen
- ____ Bundesvertriebenenausweis und Flüchtlingsausweis
- ____ Sterbeurkunde
- ____ sonstige Urkunden oder Beweismittel

15 Bestätigung der antragsaufnehmenden Stelle

Datum der Antragstellung							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Am _____ ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.
Tag	Monat	Jahr					
Bestätigungsfeld							
Stempel	Datum, Unterschrift der aufnehmenden Stelle						

16 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 werden bestätigt durch:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Personalausweis
<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
Stempel	Datum, Unterschrift

