

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und Personenstandsdaten des Versicherten angeben / Please quote the insurance number, the code and the insured's personal data in any communication



**Antrag auf BeitragsErstattung bei Aufenthalt im Ausland
Claim for refund of contributions for persons residing outside
Germany**

V0901

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen dürfen (§ 66 SGB I).

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Please note: To enable us to properly decide on your claim we require some important information and documents from you. The legal basis for this is German Social Code Book Six (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch). Therefore, please answer the questions below completely and submit the requested documents as soon as possible. Your cooperation, as defined in sections 60 - 65 of the General Part of the German Social Code Book One, will enable us to quickly process your claim. Please note that we may deny your claim in full or in part if you fail to cooperate (§ 66 SGB I).

For information on how your personal information is used and your rights please read our Privacy Policy on our website: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. We will be happy to send you this information at your request.

If you need more claim forms you can also download them from the Internet at www.deutsche-rentenversicherung.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate	
1	Antragsart	Type of claim	
1.1	Erstattung an Versicherte	<input type="checkbox"/>	Refund to the insured person
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	<input type="checkbox"/>	Refund to widows / widowers / surviving life partners / orphans



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

2	Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten		Information about the insured person					
	Name		Last name					
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)					
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)					
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)					
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)					
	Geburtsname		Name at birth					
	Frühere Namen		Other names used in the past					
	Geburtsdatum		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag day</td> <td style="text-align: center;">Monat month</td> <td style="text-align: center;">Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth	
	Tag day	Monat month	Jahr year					
	Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> ohne Eintrag / no entry <input type="checkbox"/> divers / gender diverse		Sex			
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)					
	Geburtsort (Kreis, Land)		Place of birth (city, province, state)					
	Straße, Hausnummer		Street, house number					
	Adresszusatz gegebenenfalls Postleitzahl, Wohnort		Address - additional information Postal code, if applicable, city					
Staat		State						
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)						
Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)						



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date on which the insured person left Germany
Tag day	Monat month	Jahr year			
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Last address in the Federal Republic of Germany (Street, house number, postal code, place)			

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Sterbeurkunde bitte beifügen	Information about widow / widower, surviving life partner or orphan (only in case of claim according to number 1.2) Please enclose death certificate				
	Name	Last name				
	Vorname (Rufname)	First name (normally used)				
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Name affixes (for example: Dame, count)				
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Name prefixes (for example: von, van, de)				
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	Title (for example: Dr.)				
	Geburtsname	Name at birth				
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> ohne Eintrag / no entry <input type="checkbox"/> divers / gender diverse	Sex				
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)				
Familienstand		Marital status				



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

	Straße, Hausnummer		Street, house number						
	Adresszusatz		Address - additional information						
	gegebenenfalls Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city						
	Staat		State						
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)						
	Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)						
3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? Beweismittel bitte beifügen	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are there any other survivors? If yes, please specify Please enclose proof						
	Witwe	<input type="checkbox"/>	widow						
	Witwer	<input type="checkbox"/>	widower						
	hinterbliebene Lebenspartnerin	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (female)						
	hinterbliebener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (male)						
	Halbwaise / Halbweisen	<input type="checkbox"/>	half orphan / half orphans						
	Vollwaise / Vollweisen	<input type="checkbox"/>	orphan / orphans						
3.1.1	Name		Last name						
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)						
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)						
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)						
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)						
	Geburtsname		Name at birth						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date of birth
Tag day	Monat month	Jahr year							



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3.1.2	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> ohne Eintrag / no entry <input type="checkbox"/> divers / gender diverse	Sex						
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)						
	Straße, Hausnummer		Street, house number						
	Adresszusatz gegebenenfalls		Address - additional information						
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city						
	Staat		State						
	Name		Last name						
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)						
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)						
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)						
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)						
	Geburtsname		Name at birth						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year						
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> ohne Eintrag / no entry <input type="checkbox"/> divers / gender diverse	Sex							
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)							



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Straße, Hausnummer Adresszusatz gegebenenfalls Postleitzahl, Wohnort Staat		Street, house number
		Address - additional information
		Postal code, if applicable, city
		State

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

4	Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Beweismittel bitte beifügen	Claim filed by third parties The claim is filed by the following legal representative Please enclose proof
	Name, Vorname, Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
in der Eigenschaft als: gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	in the capacity of: legal representative
Vormund	<input type="checkbox"/>	guardian
Betreuer	<input type="checkbox"/>	person in charge / custodian
Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	authorized representative
Straße, Hausnummer Adresszusatz gegebenenfalls Postleitzahl, Wohnort Staat		Street, house number Address - additional information Postal code, if applicable, city State
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)



_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Versicherungsnummer / Insurance number

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
 Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

5	Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen		Information about German insurance relationship - please enclose all available insurance documents	
	5.1	Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt? Ist er vollständig und richtig?	<input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / no (continue at 5.2) <input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) / no (continue at 5.2) <input type="checkbox"/> ja (weiter bei Ziffer 6) / yes (continue at 6)	Has a German insurance record already been issued? Is the record complete and correct?
5.2	Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen nicht enthalten sind?		Are there any other contribution periods or working periods of yours which are not included in the insurance record or in the attached insurance documents?	
	Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr) Period from - to (day, month, year)	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) Please describe exactly what job or jobs you did (e.g. not "clerk", but "accountant")	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig" Employer (Name, head office and type of enterprise) or "self-employed"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt? To which health insurance fund and to which pension insurance scheme were contributions paid?



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you paid any (additional) contributions to the German state pension insurance scheme? from - to (day, month, year)
	Name des Versicherungsträgers		Name of pension insurance institution
5.4	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden? Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen.	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have not yet or not completely been taken into account for your pension insurance? If so, please complete and enclose form V0800 if these periods have neither been nor were to be taken into account for you or for any other entitled person.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

6	Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland	Information about insurance relationship outside Germany	
6.1	Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, der EWR, in der Schweiz, im Vereinigten Königreich oder in einem Abkommensstaat gezahlt oder Zeiten einer gesetzlichen Versicherung im Ausland zurückgelegt? (EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern Abkommensstaaten: Albanien, Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Indien, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Nordmazedonien, Montenegro, Philippinen, Republik Korea, Republik Moldau, Serbien, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you paid any social security contributions in a Member State of the EU, the EEC, in Switzerland, in United Kingdom or in an agreement state or completed state insurance periods outside Germany? (EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland Agreement states: Albania, Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, India, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, North Macedonia, Montenegro, Philippines, Republic of Korea, Republic of Moldova, Serbia, Tunisia, Turkey, Uruguay, United States)
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad	



Versicherungsnummer / Insurance number									

Kennzeichen / Code			

Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate	
6.2	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
	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?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you, after completion of age 15, habitually resided in Denmark or in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries: Australia, Canada / Quebec, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
6.3	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are you currently liable to pay contributions to a state pension insurance scheme outside Germany?
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad



Versicherungsnummer / Insurance number

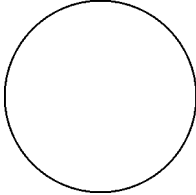
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen / Code

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

6.4	Sind Sie nach dem Recht eines anderen Staates der EU / EWR oder der Schweiz beziehungsweise im Vereinigten Königreich aktuell in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert? (EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Do you currently pay voluntary contributions to a state pension insurance fund under the law of another Member State of the EU / EEA or Switzerland or United Kingdom? (EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
6.5	Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:	If the claim is submitted to a pension agency outside Germany:	
	Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.		The official seal confirms the correctness of the above information under question 6 insofar as it relates to the law of the respective state.
	Ort, Datum, Unterschrift		Place, date, signature

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

7	Ehescheidung und Versorgungsausgleich	Divorce and pension rights adjustment	
	War oder ist ein Ehescheidungsverfahren beziehungsweise ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft oder ein damit zusammenhängendes Verfahren über den Versorgungsausgleich bei einem deutschen Gericht anhängig?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are divorce proceedings or proceedings for annulment of the registered life partnership or related proceedings regarding pension rights adjustment pending before a German court?
	Familiengericht		Family court
	Aktenzeichen		File / reference number



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

8	Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung Beweismittel bitte beifügen	Benefits received from the state insurance pension fund Please enclose proof
8.1	<p>Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind - oder eine Beitragserstattung)?</p> <p>Art der Leistung</p> <p>Versicherungsträger</p> <p>Versicherungsnummer</p>	<p><input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes</p> <p>Have you claimed and / or received any German benefits (e.g. benefits on account of occupational disability / incapacity to work or reduced earning capacity, benefits for medical rehabilitation or participation in working life and / or contributions towards medication and auxiliary aids - also for your spouse / registered life partner / child - or a refund of contributions)?</p> <p>Type of benefit</p> <p>Insurance agency</p> <p>Insurance number</p>
8.2	<p>Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?</p> <p>ausländischer Versicherungsträger</p> <p>ausländische Versicherungsnummer</p>	<p><input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes</p> <p>Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?</p> <p>Insurance agency abroad</p> <p>Insurance number abroad</p>



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

9	Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2)	Additional information in case of refund to survivors (only in case of claim according to number 1.2)			
	Beweismittel bitte beifügen	Please enclose proof			
9.1	Todestag	Tag day	Monat month	Jahr year	Day of death
	Todesursache				Cause of death
	Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes			Did the insured person's death occur through an accident, industrial accident or an occupational disease or as result of military or paramilitary service?
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung?				When did the deceased person attend school / vocational training?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)				from - to (day, month, year)

10	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration by claimant
	<p>Es ist mir 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).</p> <p>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.</p>	<p>I know that a refund of contributions dissolves the former insurance relationship. All entitlements based on social security credits acquired prior to the refund (contribution periods, substitute periods, accounted periods, credited periods) ceased to exist. This also applies to periods for which no contributions are refundable (e. g. periods for bringing up children, compulsory military service and alternative non-military service periods, contributions prior to medical rehabilitation benefits or for participation in working life).</p> <p>I declare that to the best of my knowledge the information given in this form is true and complete. I am aware that if I have deliberately given false information action may be taken against me.</p>



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

11	Zahlungsweg	Payment of refund
11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) D E	The funds are to be remitted to the following account in the Federal Republic of Germany:
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)	The funds are to be remitted to the following account in Europe (except Germany):
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift) Kontonummer Identifikationsnummer der Bank	The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe): Financial institution (name and address) Account number Bank Identification Number
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll: Kontoinhaber (Name, Vorname) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account: Account holder (last name, first name) Street, house number, postal code, city



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

12	Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 durch eine amtliche Stelle (zum Beispiel alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland)	Confirmation of personal information under numbers 2 and 3 by an official agency (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany)															
	<table border="1"> <tr> <td>Es lag vor</td> <td></td> <td>Submitted document:</td> </tr> <tr> <td>Personalausweis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ID</td> </tr> <tr> <td>Reisepass</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>passport</td> </tr> <tr> <td>Einbürgerungsurkunde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Certificate of Naturalization</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>	Es lag vor		Submitted document:	Personalausweis	<input type="checkbox"/>	ID	Reisepass	<input type="checkbox"/>	passport	Einbürgerungsurkunde	<input type="checkbox"/>	Certificate of Naturalization	_____	<input type="checkbox"/>	_____	
Es lag vor		Submitted document:															
Personalausweis	<input type="checkbox"/>	ID															
Reisepass	<input type="checkbox"/>	passport															
Einbürgerungsurkunde	<input type="checkbox"/>	Certificate of Naturalization															
_____	<input type="checkbox"/>	_____															
	Bestätigungsfeld	Confirmation field															
	Stempel, Unterschrift, Datum	Stamp, signature, date															

13	Anlagen	Enclosures
	<p>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.</p> <p>Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht.</p> <p>In Fotokopien des Ausweises für Arbeit und Sozialversicherung können Sie die Daten unkenntlich machen, die für den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich sind.</p> <p>Ist eine Bestätigung (keine amtliche Beglaubigung) erforderlich, kann diese durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater beziehungsweise Versichertenälteste, durch die anderen Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen), durch die Versicherungsämter oder die Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen oder die deutschen Auslandsvertretungen vorgenommen werden; die Bestätigung erfolgt kostenlos.</p> <p>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.</p>	<p>If you have to submit insurance documents and records, we kindly ask you to forward copies of these documents unless otherwise requested, i.e. unless you have been asked to submit original documents, transcripts or certified copies.</p> <p>Please do not clip or staple the documents you submit.</p> <p>Data which is of no importance to the insurance institution can be made unrecognizable on the copies of the insurance card.</p> <p>If you have to provide certified copies (not officially certified), these can be made by the information centres ("Auskunfts- und Beratungsstellen") of Deutsche Rentenversicherung, insurance consultants or social insurance deputies, other social services (e.g. health insurance funds), insurance offices, city administrations or municipal authorities, or by Germany's diplomatic and consular missions abroad. The confirmation is free of charge.</p> <p>Please note that it is not sufficient to have the confirmation of the copies made by yourself, church authorities, lawyers, legal counsellors or a pension advisers.</p>



Versicherungsnummer / Insurance number

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

Kennzeichen / Code

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

Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	Carbon copies from Social Security Record Booklet or relevant electronic vouchers from employer
Versicherungskarten Nummer	<input type="checkbox"/>	Insurance cards number
Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	<input type="checkbox"/>	Certificate of total contributions number
sonstige Versicherungsnachweise	<input type="checkbox"/>	Other proof of insurance
knappschaftliche Beitragsunterlagen	<input type="checkbox"/>	Documentation of contributions to the Miners' Pension Fund
Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	Death certificate
sonstige Urkunden oder Beweismittel	<input type="checkbox"/>	Other documents or proof
Ort, Datum		Place, date
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers		Signature of claimant

