

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



Eingangsstempel

## Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Claim for refund of contributions for persons residing outside Germany

**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](http://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](http://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](http://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](http://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

<b>3</b>	<b>Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2)  <b>Sterbeurkunde bitte beifügen</b>		<b>Information about widow / widower, surviving life partner or orphan</b> (only in case of claim according to number 1.2)  <b>Please enclose death certificate</b>						
	Name		Last name						
	Vorname		First name						
	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="0"> <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> <tr> <td style="text-align: center;">         </td> <td style="text-align: center;">         </td> <td style="text-align: center;">         </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						
	Straße, Hausnummer		Street, house number						
Adresszusatz		Address - additional information							
Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence							
Staat		State							
Telefon		Phone							
Telefax		Fax							



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ?	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes	Are there any other survivors? If yes, please specify		
	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>			<b>Please enclose proof</b>		
	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			First name		
	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	Tag Day	Monat Month	Jahr Year	Date of birth	
	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				Address - additional information	
	Postleitzahl, Wohnort				Postal code, place of residence	
Staat				State		



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

3.1.2	Name		Last name						
	Vorname		First name						
	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)							
Straße, Hausnummer		Street, house number							
Adresszusatz		Address - additional information							
Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence							
Staat		State							

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

4	<b>Antragstellung durch andere Personen</b> Der Antrag wird in Vertretung gestellt von <b>Beweismittel bitte beifügen</b>		<b>Claim filed by third parties</b> The claim is filed by the following legal representative <b>Please enclose proof</b>
	Name, Vorname, Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als:		in the capacity of:
	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	legal representative
Vormund	<input type="checkbox"/>	guardian	
Betreuer	<input type="checkbox"/>	person in charge / custodian	
Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	authorized representative	



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Straße, Hausnummer	Street, house number
Adresszusatz	Address - additional information
Postleitzahl, Wohnort	Postal code, place of residence
Staat	State
Telefon	Phone
Telefax	Fax

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

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

Zeitraum vom - bis Period from - to	Genauere 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?
Day    Month    Year Tag    Monat    Jahr			

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

5.3	<p>Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?</p> <p>vom</p> <p>bis</p> <p>Name des Versicherungsträgers</p>	<p><input type="checkbox"/> nein no                      <input type="checkbox"/> ja yes</p> <p>Tag    Monat    Jahr Day    Month    Year</p> <p>Tag    Monat    Jahr Day    Month    Year</p>	<p>Have you paid any (additional) contributions to the German state pension insurance scheme?</p> <p>from</p> <p>to</p> <p>Name of pension insurance institution</p>
5.4	<p>Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher <b>nicht</b> oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?</p> <p>Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen.</p>	<p><input type="checkbox"/> nein no                      <input type="checkbox"/> ja yes</p>	<p>Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have <b>not</b> yet or not completely been taken into account for your pension insurance?</p> <p>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.</p>







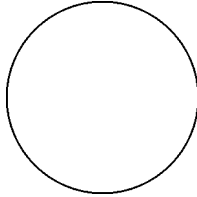


Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

6.5	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
	<b>Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:</b>		<b>If the claim is submitted to a pension agency outside Germany:</b>
	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	<b>Ehescheidung und Versorgungsausgleich</b>		<b>Divorce and pension rights adjustment</b>
	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	
<b>8</b>	<b>Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung</b> <b>Beweismittel bitte beifügen</b>		<b>Benefits received from the state insurance pension fund</b> <b>Please enclose proof</b>
8.1	Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und 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)?  Art der Leistung  Versicherungsträger  Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
			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)?  Type of benefit  Insurance agency  Insurance number
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?  ausländischer Versicherungsträger  ausländische Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> ja yes
			Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?  Insurance agency abroad  Insurance number abroad

Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate	
<b>9</b>	<b>Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) <b>Beweismittel bitte beifügen</b>		<b>Additional information in case of refund to survivors</b> (only in case of claim according to number 1.2) <b>Please enclose proof</b>
9.1	Todestag	Tag Day	Day of death
	Todesursache	Monat Month	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
		Jahr Year	Did the insured person's death occur through an accident, industrial accident or an occupational disease or as result of military or paramilitary service?



Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code
--------------------

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung?				When did the deceased person attend school / vocational training?		
		vom	Tag Day	Monat Month		Jahr Year	from
		bis	Tag Day	Monat Month		Jahr Year	to

10	<b>Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>	<b>Declaration by claimant</b>
	<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>

11	<b>Zahlungsweg</b>	<b>Payment of refund</b>
	<p>11.1 Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:</p> <p>IBAN (International Bank Account Number)</p> <p>D E</p>	<p>The funds are to be remitted to the following account in the Federal Republic of Germany:</p>
11.2	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
	<p>11.2 Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden:</p> <p>IBAN (International Bank Account Number)</p>	<p>The funds are to be remitted to the following account in Europe (except Germany):</p>
	BIC (Bank Identifier Code)	
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift)		The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe):  Financial institution (name and address)
	Kontonummer		Account number
	Identifikationsnummer der Bank		Bank Identification Number
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll: Kontoinhaber (Name, Vorname)		Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account:  Account holder (last name, first name)
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Street, house number, postal code, city

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)
	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



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

<b>13</b>	<p><b>Anlagen</b></p> <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 Auskunft- 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><b>Enclosures</b></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>
-----------	--	---

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 antragstellenden Person		Signature of claimant

