

Versicherungsnummer / Numéro d'assurance	Kennzeichen / Code

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und Personenstandsdaten des Versicherten angeben /
 Prière d'indiquer le numéro d'assurance, le code et l'état civil de l'assuré dans toute correspondance



Eingangsstempel

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Demande de remboursement de cotisations en cas de résidence à l'étranger

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.

Information: Afin de pouvoir statuer correctement sur votre demande, nous avons besoin de quelques informations et documents importants de votre part, ceci en raison du sixième livre du code de la sécurité sociale allemand. Par conséquent, nous vous prions de bien vouloir répondre complètement aux questions posées et de nous adresser les documents demandés, si possible par retour du courrier. Votre coopération, expressément prévue par les articles 60 à 65 de la partie générale du SGB I, nous facilite un traitement rapide de vos affaires. Veuillez tenir compte du fait que nous pourrions vous refuser une partie ou la totalité de la prestation (art. 66 du SGB I).

Nous vous informons du traitement de vos données à caractère personnel et de vos droits sur Internet à l'adresse suivante: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Sur demande, nous vous envoyons volontiers ces informations.

Si vous avez besoin d'autres demandes, tous les formulaires de demande sont également à votre disposition sur Internet sous www.deutsche-rentenversicherung.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

1	Antragsart		Nature de la demande
1.1	Erstattung an Versicherte	<input type="checkbox"/>	Remboursement aux assurés
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	<input type="checkbox"/>	Remboursement aux veuves / veufs / partenaires survivantes / partenaires survivants / orphelins



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

2	Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten		Identité de l'assurée / de l'assuré						
	Name		Nom						
	Vorname		Prénom						
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Titre de noblesse (exemple : Baronne, Comte)						
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Particules nobiliaires (exemple : von, van, de)						
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Titre (exemple : Pr Dr)						
	Geburtsname		Nom de naissance						
	Frühere Namen		Noms antérieurs						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;">Tag Jour</td> <td style="width: 20px;">Monat Mois</td> <td style="width: 20px;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Date de naissance
	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année						
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich masculin <input type="checkbox"/> weiblich féminin <input type="checkbox"/> ohne Eintrag sans inscription <input type="checkbox"/> divers divers	Sexe						
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)						
	Geburtsort (Kreis, Land)		Lieu de naissance (circonscription, pays)						
	Straße, Hausnummer		Voie, n° de la voie						
	Adresszusatz		Complément d'adresse						
	Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence						
	Staat		Etat						
	Telefon		Téléphone						
Telefax		Téléfax							
Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;">Tag Jour</td> <td style="width: 20px;">Monat Mois</td> <td style="width: 20px;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Date du départ de l'Allemagne	
Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année							
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Dernière adresse en République Fédérale d'Allemagne (voie, n° de la voie, code postal, lieu de résidence)							



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

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		Identité de la veuve / du veuf / de la partenaire survivante / du partenaire survivant / de l'orphelin (seulement en cas de demande selon numéro 1.2) Veuillez joindre l'acte de décès								
	Name		Nom								
	Vorname		Prénom								
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Titre de noblesse (exemple : Baronne, Comte)								
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Particules nobiliaires (exemple : von, van, de)								
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Titre (exemple : Pr Dr)								
	Geburtsname		Nom de naissance								
	Geburtsdatum	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tag Jour</td> <td style="width: 25%;">Monat Mois</td> <td style="width: 25%;">Jahr Année</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année						Date de naissance
	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année								
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich masculin <input type="checkbox"/> weiblich féminin <input type="checkbox"/> ohne Eintrag sans inscription <input type="checkbox"/> divers divers	Sexe								
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)								
	Familienstand		Etat civil								
	Straße, Hausnummer		Voie, n° de la voie								
	Adresszusatz		Complément d'adresse								
Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence									
Staat		Etat									
Telefon		Téléphone									
Telefax		Téléfax									



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

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

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

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche? Beweismittel bitte beifügen	<input type="checkbox"/> nein non <input type="checkbox"/> ja oui	Est-ce qu'il y a d'autres survivants ? Le cas échéant, lesquels ? Veillez joindre des preuves veuve veuf partenaire survivante partenaire survivant orphelin de père ou de mère orphelin de père et de mère						
	Witwe <input type="checkbox"/> Witwer <input type="checkbox"/> hinterbliebene Lebenspartnerin <input type="checkbox"/> hinterbliebener Lebenspartner <input type="checkbox"/> Halbwaise / Halbweisen <input type="checkbox"/> Vollwaise / Vollweisen <input type="checkbox"/>								
3.1.1	Name		Nom						
	Vorname		Prénom						
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Titre de noblesse (exemple : Baronne, Comte)						
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Particules nobiliaires (exemple : von, van, de)						
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Titre (exemple : Pr Dr)						
	Geburtsname		Nom de naissance						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag Jour</td> <td>Monat Mois</td> <td>Jahr Année</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Date de naissance
	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année						
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich masculin <input type="checkbox"/> weiblich féminin <input type="checkbox"/> ohne Eintrag sans inscription <input type="checkbox"/> divers divers	Sexe						
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)						
Straße, Hausnummer		Voie, n° de la voie							
Adresszusatz		Complément d'adresse							
Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence							
Staat		Etat							



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

3.1.2	Name		Nom						
	Vorname		Prénom						
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Titre de noblesse (exemple : Baronne, Comte)						
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Particules nobiliaires (exemple : von, van, de)						
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Titre (exemple : Pr Dr)						
	Geburtsname		Nom de naissance						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag Jour</td> <td>Monat Mois</td> <td>Jahr Année</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Date de naissance
	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année						
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich masculin <input type="checkbox"/> weiblich féminin <input type="checkbox"/> ohne Eintrag sans inscription <input type="checkbox"/> divers divers	Sexe						
Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Nationalité (le cas échéant autre ou ancienne nationalité jusqu'à quelle date)							
Straße, Hausnummer		Voie, n° de la voie							
Adresszusatz		Complément d'adresse							
Postleitzahl, Wohnort		Code postal, lieu de résidence							
Staat		Etat							

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

4	Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Beweismittel bitte beifügen		Dépôt de la demande par d'autres personnes La demande est déposée en représentation par Veillez joindre des preuves
	Name, Vorname, Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		Nom, prénom, service (le cas échéant, référence du dossier)
	in der Eigenschaft als:		dans sa qualité de :
	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/>	représentant légal
Vormund	<input type="checkbox"/>	tuteur	
Betreuer	<input type="checkbox"/>	curateur	
Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/>	mandataire	



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Straße, Hausnummer	Voie, n° de la voie
Adresszusatz	Complément d'adresse
Postleitzahl, Wohnort	Code postal, lieu de résidence
Staat	Etat
Telefon	Téléphone
Telefax	Téléfax

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

5	Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen	Renseignements concernant l'affiliation en Allemagne		
		- veuillez joindre tous les documents d'assurance en votre possession		
5.1	<p>Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?</p> <p>Ist er vollständig und richtig?</p>	<input type="checkbox"/> nein (weiter bei Ziffer 5.2) non (continuer au point n° 5.2) <input type="checkbox"/> ja oui <input type="checkbox"/> nein non <input type="checkbox"/> ja (weiter bei Ziffer 6) OUI (continuer au point n° 6)	<p>Un relevé de carrière allemand a-t-il déjà été établi ?</p> <p>Est-il complet et correcte ?</p>	
5.2	Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen nicht enthalten sind?	Avez-vous accompli des périodes de cotisation ou des périodes d'emploi qui ne figurent pas dans le relevé de carrière ou dans les documents d'assurance joints ?		
	<p>Zeitraum vom - bis</p> <p>Période du - au</p> <p>Tag Monat Jahr Jour Mois Année</p>	<p>Genauere Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)</p> <p>Désignation exacte de l'activité salariée ou non salariée (par exemple non " employé commercial ", mais " comptable ")</p>	<p>Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"</p> <p>Employeur (nom, siège et nature de l'entreprise) ou indication " non-salarié "</p>	<p>An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?</p> <p>A quelle caisse d'assurance maladie et à quel organisme d'assurance pension ont été versées les cotisations ?</p>



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance									

Kennzeichen / Code			

Zeitraum vom - bis Période du - au Tag Monat Jahr Jour Mois Année	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 und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?
	Désignation exacte de l'activité salariée ou non salariée (par exemple non " employé commercial ", mais " comptable ")	Employeur (nom, siège et nature de l'entreprise) ou indication " non-salarié "	A quelle caisse d'assurance maladie et à quel organisme d'assurance pension ont été versées les cotisations ?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? vom bis Name des Versicherungsträgers	<input type="checkbox"/> nein non <input type="checkbox"/> ja oui Tag Monat Jahr Jour Mois Année Tag Monat Jahr Jour Mois Année	Avez-vous versé (d'autres) cotisations volontaires à l'assurance pension légale allemande ? du au nom de l'organisme d'assurance
	5.4	<input type="checkbox"/> nein non <input type="checkbox"/> ja oui 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 non <input type="checkbox"/> ja oui Avez-vous, au cours des 10 premières années de leur vie, élevé des enfants pour lesquels les périodes d'éducation n'ont pas ou pas entièrement été prises en compte? Dans l'affirmative, veuillez remplir, et joindre le formulaire V0800, si ces périodes n'ont pas encore été validées ou sont à valider pour vous-même ou pour un autre ayant droit.



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

6	Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland		Renseignements concernant la relation d'assurance à l'étranger											
6.1	<p>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?</p> <p>(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</p> <p>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)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein non <input type="checkbox"/> ja oui</p>	<p>Avez-vous versé des cotisations à un organisme d'assurance dans un Etat de UE / EEE, en Suisse, en Royaume-Uni ou dans un Etat signataire ou effectué des périodes d'une assurance légale à l'étranger ?</p> <p>(EE/EEE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irland, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse</p> <p>Etats signataires : Albanie, Australie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Canada/Québec, Chili, Etats-Unis d'Amérique, Inde, Israël, Japon, Kosovo, Maroc, Macédoine du Nord, Monténégro, Philippines, République de Corée, République de Moldavie, Serbie, Tunisie, Turquie, Uruguay)</p>											
	<p>vom</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag Jour</td> <td style="text-align: center;">Monat Mois</td> <td style="text-align: center;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>bis</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag Jour</td> <td style="text-align: center;">Monat Mois</td> <td style="text-align: center;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Staat</p>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				<p>du</p> <p>au</p> <p>Etat</p>
Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année												
Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année												
	<p>ausländischer Versicherungsträger</p>		Organisme d'assurance étranger											
	<p>ausländische Versicherungsnummer</p>		Numéro d'assurance étranger											
	<p>vom</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag Jour</td> <td style="text-align: center;">Monat Mois</td> <td style="text-align: center;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>bis</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag Jour</td> <td style="text-align: center;">Monat Mois</td> <td style="text-align: center;">Jahr Année</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td> </tr> </table> <p>Staat</p>	Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année				<p>du</p> <p>au</p> <p>Etat</p>
Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année												
Tag Jour	Monat Mois	Jahr Année												
	<p>ausländischer Versicherungsträger</p>		Organisme d'assurance étranger											
	<p>ausländische Versicherungsnummer</p>		Numéro d'assurance étranger											



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance									

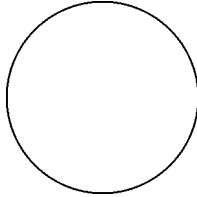
Kennzeichen / Code			

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante				
6.2	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 non	<input type="checkbox"/> ja oui	Avez-vous eu votre résidence habituel après votre 15e anniversaire en Danemark ou aux Pays-Bas ou après le 16e anniversaire dans un des pays suivants : Australie, Finlande, Islande, Israël, Canada / Québec, Liechtenstein, Norvège, Suède, Suisse ?		
	vom	Tag Jour	Monat Mois		Jahr Année	du
	bis	Tag Jour	Monat Mois		Jahr Année	au
	Staat				Etat	
6.3	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	<input type="checkbox"/> nein non	<input type="checkbox"/> ja oui	Etes-vous actuellement assujetti(e) à l'assurance pension à l'étranger ?		
	Staat				Etat	
	ausländischer Versicherungsträger				Organisme d'assurance étranger	
	ausländische Versicherungsnummer				Numéro d'assurance étranger	
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?	<input type="checkbox"/> nein non	<input type="checkbox"/> ja oui	Etes-vous actuellement affilié(e) à titre volontaire à l'assurance pension légale selon la législation d'un autre Etat de l'UE / EEE ou en Suisse ou en Royaume-Uni ?		
	(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)				(EE / EEE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irland, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse)	



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
6.5	Staat		Etat
	ausländischer Versicherungsträger		Organisme d'assurance étranger
	ausländische Versicherungsnummer		Numéro d'assurance étranger
	Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:		En cas de demande par l'intermédiaire de l'organisme d'assurance étranger :
Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.		Par l'empreinte du cachet de service l'exactitude des renseignements ci-devant concernant le numero 6 est certifiée pour autant qu'ils concernent la propre législation.	
Ort, Datum, Unterschrift		Lieu, date, signature	

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
7	Ehescheidung und Versorgungsausgleich		Divorce et compensation des droits à pension en cas de divorce
	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 non <input type="checkbox"/> ja oui	Une procédure de divorce ou une procédure de dissolution du partenariat du même sexe déclaré ou une procédure en rapport avec cela concernant la compensation des droits à pension est ou était-elle en instance auprès d'un tribunal allemand ?
	Familiengericht		Tribunal de la famille
Aktenzeichen		Référence	



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
8	Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung Beweismittel bitte beifügen		Prestations de l'assurance pension légale jusqu'à présent Veillez joindre des preuves
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 non	<input type="checkbox"/> ja oui
			Avez-vous déjà reçu ou demandé une prestation en Allemagne (par exemple pensions à titre d'incapacité professionnelle ou d'incapacité de gain, mesures de réadaptation médicale ou de réadaptation professionnelle ainsi qu'aides financières pour thérapies et appareils - également pour le / la conjoint/e / partenaire déclaré / enfant - ou un remboursement de cotisations) ? Nature de la prestation / mesure Organisme d'assurance Numéro d'assurance
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt? ausländischer Versicherungsträger ausländische Versicherungsnummer	<input type="checkbox"/> nein non	<input type="checkbox"/> ja oui
			Avez-vous perçu ou demandé une pension à l'étranger? Organisme d'assurance Numéro d'assurance

Zutreffendes bitte ankreuzen		Cocher la case correspondante	
9	Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Beweismittel bitte beifügen		Renseignements complémentaires en cas de remboursement aux survivants (seulement en cas de demande selon numéro 1.2) Veillez joindre des preuves
9.1	Todestag Todesursache	Tag Jour	Monat Mois
		Jahr Année	
	Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein non	<input type="checkbox"/> ja oui
			Date du décès Cause du décès Le décès de l'assuré a-t-il été causé par un accident, un accident du travail ou une maladie professionnelle, une lésion lors du service militaire ou civil ?



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung?	vom	Tag	Monat	Jahr	du
			Jour	Mois	Année	
		bis	Tag	Monat	Jahr	au
			Jour	Mois	Année	

10	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Déclaration de la requérante / du requérant
	<p>Es ist mir bekannt, dass mit der Beitragerstattung 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>Je sais que l'affiliation existant jusqu'à présent est dissolue par le remboursement de cotisations. Des droits résultant des périodes déterminantes en matière de la pension (périodes de cotisations, périodes exonérées, périodes assimilées, périodes validables) effectuées jusqu'au remboursement ne sont plus ouverts. Cela vaut également pour des périodes pour lesquelles des cotisations ne sont pas remboursées (par exemple périodes d'éducation d'enfants, périodes du service militaire ou civil, périodes d'assurance rétroactive, cotisations avant une mesure de réadaptation médicale ou professionnelle).</p> <p>Je certifie avoir donné tous les renseignements sur ce formulaires en mon âme et conscience. Je sais que de faux renseignements peuvent mener à une poursuite pénale.</p>

11	Zahlungsweg	Mode de paiement
	<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>Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant en Allemagne :</p>
	Geldinstitut (Name, Ort)	Etablissement financier (nom, lieu)
11.2	<p>Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden:</p> <p>IBAN (International Bank Account Number)</p> <p>BIC (Bank Identifier Code)</p>	<p>Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant en Europe (outre l'Allemagne) :</p>
	Geldinstitut (Name, Ort)	Etablissement financier (nom, lieu)



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden:		Le montant du remboursement doit être viré au compte suivant à l'étranger (à l'extérieur de l'Europe) :
	Geldinstitut (Name, Anschrift)		Etablissement financier (nom, lieu)
	Kontonummer		Numéro du compte
	Identifikationsnummer der Bank		Numéro d'identification de la banque
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll:		A compléter seulement lorsque le montant doit être viré à un autre compte que celui de la requérante / du requérant :
	Kontoinhaber (Name, Vorname)		Titulaire du compte (nom, prénom)
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Voie, n° de la voie, code postal, lieu de résidence

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

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 de l'identité aux numéros 2 et 3 par un service officiel (par exemple toutes les autorités du pays de résidence - également les organismes d'assurance pension, notaires, banques, hôpitaux, Croix Rouge, en cas exceptionnel aussi les ambassades et consulats de la République Fédérale d'Allemagne)
	Es lag vor		Confirmer au vue
	Personalausweis	<input type="checkbox"/>	de la carte d'identité
	Reisepass	<input type="checkbox"/>	du passeport
	Einbürgerungsurkunde	<input type="checkbox"/>	de l'acte de naturalisation
		<input type="checkbox"/>	
	Bestätigungsfeld		Réservé à la confirmation
	Stempel, Unterschrift, Datum		Cachet, signature, date



Versicherungsnummer / Numéro d'assurance

Kennzeichen / Code

13	Anlagen	Pièces jointes
	<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. 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>Si des documents d'assurance doivent être présentés, veuillez envoyer des photocopies, à moins que nous ne demandions expressément des documents originaux ou des photocopies ou des transcriptions confirmant qu'ils correspondent à l'original.</p> <p>Veuillez ne pas agraffer ou brocher les documents à soumettre.</p> <p>Dans les photocopies de la carte de l'emploi et de la sécurité sociale, vous pouvez masquer des données qui ne sont pas requises par l'institution d'assurance pension.</p> <p>Si une confirmation (pas de certification officielle) est requise, elle peut être fournie par les centres d'information et de conseil de l'assurance pension allemande, leurs conseillers en matière de pension ou leurs conseillers bénévoles, par d'autres institutions de sécurité sociale (par exemple les caisses d'assurance maladie), par les bureaux d'assurance ou les administrations municipales ou les représentations allemandes à l'étranger ; la confirmation est gratuite.</p> <p>Il ne suffit pas que la confirmation de la conformité de la photocopie ou de la copie avec l'original soit faite par vous-même, par une autorité ecclésiastique ou par un avocat, un conseiller juridique ou un conseiller pension.</p>

Zutreffendes bitte ankreuzen

Cocher la case correspondante

Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweiseft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	Doubles du carnet de sécurité sociale ou des attestations mécaniques correspondantes de l'employeur
Versicherungskarten Nummer	<input type="checkbox"/>	Carte d'assurance numéro
Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	<input type="checkbox"/>	Attestation de décompte numéro
sonstige Versicherungsnachweise	<input type="checkbox"/>	D'autres preuves d'assurance
knappschaftliche Beitragsunterlagen	<input type="checkbox"/>	Documents de cotisations minières
Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	Acte de décès
sonstige Urkunden oder Beweismittel	<input type="checkbox"/>	D'autres documents ou preuves
Ort, Datum		Lieu, date
Unterschrift der antragstellenden Person		Signature de la personne déposant la demande

