Versicherungsnummer | Kennzeichen

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland
Solicitud de reembolso de las cotizaciones en caso de estancia en el extranjero

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.

Advertencia: Para poder adoptar adecuadamente una resolución sobre su solicitud necesitamos algunos datos y documentos pertinentes, de conformidad con lo establecido en el Código social alemán, libro VI. Por tanto, le rogamos conteste íntegramente a las preguntas y nos envíe, lo más pronto posible, los documentos solicitados. Su cooperación, previsto expresamente en los artículos 60 - 65 del Código social alemán, libro I, nos facilitará una tramitación rápida de su expediente. Por favor, tenga usted presente que sin su cooperación podemos denegar o suprimir total o parcialmente el pago de la prestación (art. 66 del Código social alemán, libro I).
Encontrará informaciones sobre el tratamiento de sus datos personales en nuestra página web: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Si lo desea, con mucho gusto le enviaremos estas informaciones.
Si necesita más solicitudes, todos los formularios de solicitud correspondientes también están disponibles en Internet, en la dirección www.deutsche-rentenversicherung.de.

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
1	**Antragsart**		**Tipo de solicitud**
1.1	Erstattung an Versicherte	☐	Reembolso a personas aseguradas
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	☐	Reembolso a viudas/ viudos/ parejas sobrevivientes/ huérfanas/ huérfanos

V0901-00
Version 20001 - SPA

Versicherungsnummer	Kennzeichen

Zutreffendes bitte ankreuzen — Marque con una cruz lo que corresponda

2	**Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten**		**Datos personales de la asegurada/ del asegurado**
	Name		Apellido(s)
	Vorname		Nombre(s)
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Complemento del apellido (por ejemplo: baronesa, conde)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Complemento antepuesto al apellido (por ejemplo: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Título (por ejemplo: Prof. Dr. / Dra.)
	Geburtsname		Apellido(s) de nacimiento
	Frühere Namen		Nombres anteriores
	Geburtsdatum	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	Fecha de nacimiento
	Geschlecht	☐ männlich masculino ☐ weiblich femenino ☐ ohne Eintrag sin inidicación ☐ divers diverso	Sexo
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		Nacionalidad (en su caso, nacionalidad anterior hasta)
	Geburtsort (Kreis, Land)		Lugar de nacimiento (distrito, país)
	Straße, Hausnummer		Calle, n°
	Adresszusatz		Complemento de dirección
	Postleitzahl, Wohnort		Código postal, lugar de residencia
	Staat		Estado
	Telefon		Teléfono
	Telefax		Telefax
	Datum der Ausreise aus Deutschland	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	Fecha de la salida de Alemania
	Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Última dirección en la República Federal de Alemania (calle, n°, código postal, lugar de residencia)

Versicherungsnummer	Kennzeichen

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
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**		**Datos personales de la viuda/ del viudo/ de la pareja sobreviviente/ de la huérfana/ del huérfano** (sólo en caso de una solicitud según el punto 1.2) **Por favor, adjunte el certificado de defunción**
	Name		Apellido(s)
	Vorname		Nombre(s)
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Complemento del apellido (por ejemplo: baronesa, conde)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Complemento antepuesto al apellido (por ejemplo: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Título (por ejemplo: Prof. Dr. / Dra.)
	Geburtsname		Apellido(s) de nacimiento
	Geburtsdatum	Tag Día Monat Mes Jahr Año	Fecha de nacimiento
	Geschlecht	☐ männlich masculino ☐ weiblich femenino ☐ ohne Eintrag sin inidicación ☐ divers diverso	Sexo
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		Nacionalidad (en su caso, nacionalidad anterior hasta)
	Familienstand		Estado civil
	Straße, Hausnummer		Calle, n°
	Adresszusatz		Complemento de dirección
	Postleitzahl, Wohnort		Código postal, lugar de residencia
	Staat		Estado
	Telefon		Teléfono
	Telefax		Telefax

Versicherungsnummer	Kennzeichen

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Hay otras personas sobrevivientes? En caso afirmativo, ¿cuáles?
	Beweismittel bitte beifügen		**Por favor, adjunte las pruebas**
	Witwe	☐	Viuda
	Witwer	☐	Viudo
	hinterbliebene Lebenspartnerin	☐	Pareja sobreviviente
	hinterbliebener Lebenspartner	☐	Pareja sobreviviente
	Halbwaise / Halbwaisen	☐	Huérfanas/ huérfanos de padre o de madre
	Vollwaise / Vollwaisen	☐	Huérfanas/ huérfanos
3.1.1	Name		Apellido(s)
	Vorname		Nombre(s)
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Complemento del apellido (por ejemplo: baronesa, conde)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Complemento antepuesto al apellido (por ejemplo: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Título (por ejemplo: Prof. Dr. / Dra.)
	Geburtsname		Apellido(s) de nacimiento
	Geburtsdatum	Tag Día Monat Mes Jahr Año	Fecha de nacimiento
	Geschlecht	☐ männlich masculino ☐ weiblich femenino ☐ ohne Eintrag sin inidicación ☐ divers diverso	Sexo
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		Nacionalidad (en su caso, nacionalidad anterior hasta)
	Straße, Hausnummer		Calle, n°
	Adresszusatz		Complemento de dirección
	Postleitzahl, Wohnort		Código postal, lugar de residencia
	Staat		Estado

Versicherungsnummer	Kennzeichen

3.1.2	Name		Apellido(s)
	Vorname		Nombre(s)
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Complemento del apellido (por ejemplo: baronesa, conde)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Complemento antepuesto al apellido (por ejemplo: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Título (por ejemplo: Prof. Dr. / Dra.)
	Geburtsname		Apellido(s) de nacimiento
	Geburtsdatum	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	Fecha de nacimiento
	Geschlecht	☐ männlich masculino ☐ weiblich femenino ☐ ohne Eintrag sin inidicación ☐ divers diverso	Sexo
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit bis)		Nacionalidad (en su caso, nacionalidad anterior hasta)
	Straße, Hausnummer		Calle, n°
	Adresszusatz		Complemento de dirección
	Postleitzahl, Wohnort		Código postal, lugar de residencia
	Staat		Estado

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
4	**Antragstellung durch andere Personen** Der Antrag wird in Vertretung gestellt von **Beweismittel bitte beifügen**		**Solicitud presentada por otras personas** La solicitud se presenta en representación de **Por favor, adjunte las pruebas**
	Name, Vorname, Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)		Apellido(s), nombre(s), departamento (en su caso referencia)
	in der Eigenschaft als:		en su calidad de:
	gesetzlicher Vertreter	☐	representante legal
	Vormund	☐	tutor para menores
	Betreuer	☐	tutor para adultos
	Bevollmächtigter	☐	apoderado

Versicherungsnummer	Kennzeichen

	Straße, Hausnummer		Calle, n°
	Adresszusatz		Complemento de dirección
	Postleitzahl, Wohnort		Código postal, lugar de residencia
	Staat		Estado
	Telefon		Teléfono
	Telefax		Telefax

Zutreffendes bitte ankreuzen

Marque con una cruz lo que corresponda

5	**Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen**		**Detalles de la relación de seguro en Alemania - por favor, adjunte todos los documentos de seguro existentes**
5.1	Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?	☐ nein (weiter bei Ziffer 5.2) no (continúe con cifra 5.2) ☐ ja sí	¿Se ha expedido ya una vida laboral de Alemania?
	Ist er vollständig und richtig?	☐ nein no ☐ ja (weiter bei Ziffer 6) sí (continúe con cifra 6)	¿Es completa y correcta?

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

¿Ha efectuado periodos de cotización o periodos de empleo que **no** figuran en la vida laboral y en los documentos de seguro adjuntos?

Zeitraum vom - bis Período desde - hasta Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) Designación exacta de la ocupación o actividad (por ejemplo, no empleado de comercio, sino contable de balances)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig" Empleador (nombre, domicilio social y tipo de empresa) o indicación "autónomo"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt? ¿A qué seguro de enfermedad y a qué seguro de pensiones ha pagado las cotizaciones?

Versicherungsnummer

Kennzeichen

	Zeitraum vom - bis Período desde - hasta Tag Monat Jahr Día Mes Año	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) Designación exacta de la ocupación o actividad (por ejemplo, no empleado de comercio, sino contable de balances)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig" Empleador (nombre, domicilio social y tipo de empresa) o indicación "autónomo"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt? ¿A qué seguro de enfermedad y a qué seguro de pensiones ha pagado las cotizaciones?

Zutreffendes bitte ankreuzen

Marque con una cruz lo que corresponda

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? vom bis Name des Versicherungsträgers	☐ nein no ☐ ja sí Tag Monat Jahr Día Mes Año Tag Monat Jahr Día Mes Año	¿Ha pagado (más) cotizaciones voluntarias al seguro obligatorio de pensiones alemán? desde hasta Nombre de la seguridad social
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.	☐ nein no ☐ ja sí	¿Ha educado a hijos durante los primeros 10 años de vida para los que hasta ahora **no** se acreditaban o no se acreditaban completamente los periodos de crianza? En caso afirmativo, cumplimente el formulario V0800 y adjúntelo si estos periodos no se han abonado hasta ahora o no se van a abonar a ningún otro beneficiario.

Versicherungsnummer | Kennzeichen

Zutreffendes bitte ankreuzen | Marque con una cruz lo que corresponda

6	**Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland**		**Detalles de la relación de seguro en el extranjero**
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)	☐ nein / no ☐ ja / sí	¿Ha cotizado a una institución de la seguridad social en un Estado de la UE, del EEE, en Suiza, en el Reino Unido o en un país contratante o ha cubierto períodos de seguro obligatorio en el extranjero? (**UE / EEE:** Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, Rumanía, Suecia y Suiza **Países contratantes:** Albania, Australia, Bosnia-Herzegovina, Brasil, Canadá / Quebec, Chile, India, Israel, Japón, Kosovo, Macedonia del Norte, Montenegro, Marruecos, Filipinas, República de Corea, República de Moldavia, Serbia, Túnez, Turquía, Uruguay, EE.UU.)
	vom	Tag / Día Monat / Mes Jahr / Año	desde
	bis	Tag / Día Monat / Mes Jahr / Año	hasta
	Staat		Estado
	ausländischer Versicherungsträger		Instituto de seguridad social extranjero
	ausländische Versicherungsnummer		Número de seguro extranjero
	vom	Tag / Día Monat / Mes Jahr / Año	desde
	bis	Tag / Día Monat / Mes Jahr / Año	hasta
	Staat		Estado
	ausländischer Versicherungsträger		Instituto de seguridad social extranjero
	ausländische Versicherungsnummer		Número de seguro extranjero

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
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?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Ha residido habitualmente en Dinamarca o los Países Bajos después de haber cumplido los 15 años de edad o ha residido en uno de los siguientes países después de haber cumplido los 16 años de edad: Australia, Finlandia, Islandia, Israel, Canadá / Quebec, Liechtenstein, Noruega, Suecia, Suiza?
	vom	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	desde
	bis	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	hasta
	Staat		Estado
	vom	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	desde
	bis	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	hasta
	Staat		Estado
6.3	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Está sujeto actualmente al seguro obligatorio en el extranjero?
	Staat		Estado
	ausländischer Versicherungsträger		Instituto de seguridad social extranjero
	ausländische Versicherungsnummer		Número de seguro extranjero
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)	☐ nein no ☐ ja sí	¿Está actualmente afiliado voluntariamente al seguro obligatorio de pensiones en virtud de la legislación de otro Estado de la UE / EEE o Suiza o en el Reino Unido? (**UE / EEE:** Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, Rumanía, Suecia y Suiza)

Versicherungsnummer	Kennzeichen

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
	Staat		Estado
	ausländischer Versicherungsträger		Instituto de seguridad social extranjero
	ausländische Versicherungsnummer		Número de seguro extranjero
6.5	**Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:**		**En caso de la presentación de la solicitud por parte del instituto de seguridad social extranjero:**
	Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.		La impresión del sello oficial confirma la exactitud de la información anterior en el punto 6, en la medida en que se refiere al derecho propio.
	Ort, Datum, Unterschrift		Lugar, fecha, firma

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
7	**Ehescheidung und Versorgungsausgleich**		**Divorico y compensación de los derechos adquiridos a pensión**
	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?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Ha estado o está pendiente ante un tribunal alemán un procedimiento de divorcio o un procedimiento de disolución de una pareja de hecho o un procedimiento relacionado con la compensación de los derechos adquiridos a pensión?
	Familiengericht		Tribunal de familia
	Aktenzeichen		Referencia

Versicherungsnummer | Kennzeichen

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
8	**Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung** **Beweismittel bitte beifügen**		**Prestaciones precedentes del seguro obligatorio de pensiones** **Por favor, adjunte las pruebas**
8.1	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)?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Ha percibido o solicitado ya una prestación en Alemania (por ejemplo, pensiones por incapacidad laboral e invalidez o reducción de la capacidad de ganancia, prestaciones para la rehabilitación médica o para la participación en la vida laboral, así como subsidios para remedios y ayudas -también para el cónyuge/pareja registrada/hijo- o una devolución de las cotizaciones)?
	Art der Leistung		Tipo de prestación
	Versicherungsträger		Instituto de seguridad social
	Versicherungsnummer		Número del seguro de pensiones
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?	☐ nein no ☐ ja sí	¿Ha percibido o solicitado una pensión extranjera?
	ausländischer Versicherungsträger		Instituto de seguridad social extranjero
	ausländische Versicherungsnummer		Número de seguro extranjero

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
9	**Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene** (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) **Beweismittel bitte beifügen**		**Informaciones complementarias en caso de reembolso a los supervivientes** (sólo en caso de solicitud según el punto 1.2) **Por favor, adjunte las pruebas**
9.1	Todestag	Tag Día / Monat Mes / Jahr Año	Fecha de defunción
	Todesursache		Causa de defunción
	Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	☐ nein no ☐ ja sí	¿El fallecimiento del asegurado ha sido causado por un accidente, un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, una lesión en el servicio militar o una lesión en el servicio civil?

Versicherungsnummer | Kennzeichen

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung?		¿Hasta qué fecha estuve el asegurado en un formación escolar o profesional?
	vom	Tag Día Monat Mes Jahr Año	desde
	bis	Tag Día Monat Mes Jahr Año	hasta

10	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaración del/ de la solicitante
	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). 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.	Estoy informado de que la relación de seguro existente se extingue con el reembolso de las cotizaciones. Los derechos de los períodos de pensión cumplidos hasta el reembolso (períodos de cotización, períodos de sustitución, períodos de abono, períodos de contraprestación) dejan de existir. Esto también se aplica a los períodos para los que no se reembolsan las cotizaciones (por ejemplo, períodos de educación de los hijos, períodos de servicio militar y de servicio civil, períodos de seguro suplementario, cotizaciones previas a una prestación de rehabilitación médica o de participación en la vida laboral). Certifico que, a mi leal saber y entender, he facilitado todos los datos que figuran en el presente formulario. Soy consciente de que facilitar información falsa a sabiendas puede dar lugar a acciones penales.

11	Zahlungsweg	Forma de pago
11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) D E	El importe de la devolución debe transferirse a la siguiente cuenta en Alemania:
	Geldinstitut (Name, Ort)	Banco (apellido(s), lugar)
11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)	El importe de la devolución debe transferirse a la siguiente cuenta en Europa (fuera de Alemania):
	Geldinstitut (Name, Ort)	Banco (apellido(s), lugar)

11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift)		El importe de la devolución debe transferirse a la siguiente cuenta en el extranjero (fuera de Europa): Banco (apellido(s), dirección)
	Kontonummer		N° de la cuenta
	Identifikationsnummer der Bank		N° de identificación del banco
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll: Kontoinhaber (Name, Vorname)		Rellenar sólo si el importe no debe transferirse a la cuenta del/ de la solicitante: Titular de la cuenta (apellido(s), nombre(s))
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Calle, n°, código postal, lugar de residencia

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
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)		Confirmación de los datos personales de los puntos 2 y 3 por parte de un organismo oficial (por ejemplo, todas las autoridades del país de residencia -también instituciones de seguros de pensiones, notarios, bancos, hospitales, Cruz Roja, en casos excepcionales también embajadas y consulados de la República Federal de Alemania)
	Es lag vor		Se presentó:
	Personalausweis	☐	Documento de identidad
	Reisepass	☐	Pasaporte
	Einbürgerungsurkunde	☐	Certificado de la ciudadanía
		☐	
	Bestätigungsfeld Stempel, Unterschrift, Datum		Campo de confirmación Sello, firma, fecha

Versicherungsnummer | Kennzeichen

13	**Anlagen**	**Anexo**
	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. Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht. 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 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. 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.	Si se requiere la presentación de documentos de seguros, le rogamos envíe fotocopias, salvo que solicitemos expresamente documentos originales o fotocopias o copias en las que se confirme la correspondencia con el original. Por favor, no engrape o pegue ningún documento que deba ser presentado. En las fotocopias de la tarjeta para el empleo y la seguridad social, puede tachar los datos que no sean necesarios para la institución del seguro de pensiones. Si se requiere una confirmación (no una certificación oficial), ésta puede ser facilitada por los centros de información y asesoramiento de la Seguridad social alemána, por los asesores de asegurados o por los mayores de los asegurados, por los demás proveedores de prestaciones sociales (por ejemplo, las cajas del seguro de enfermedad), por las oficinas de seguros o las administraciones de las ciudades o municipios o las representaciones alemanas en el extranjero; la confirmación es gratuita. No es suficiente si la confirmación de la conformidad de la fotocopia o transcripción con el original la realiza usted mismo, una autoridad eclesiástica o un abogado, asesor jurídico o asesor de pensiones.

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Marque con una cruz lo que corresponda
	Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	☐	Copias de la libreta de la seguridad social o certificados correspondientes automáticos del empleador
	Versicherungskarten Nummer	☐	N° de tarjetas de la seguridad social
	Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	☐	N° de certificados de compensación
	sonstige Versicherungsnachweise	☐	Otros certificados del seguro
	knappschaftliche Beitragsunterlagen	☐	Certificados de cotización al organismo del seguro minero
	Sterbeurkunde	☐	Certificado de defunción
	sonstige Urkunden oder Beweismittel	☐	Otros certificados o pruebas
	Ort, Datum		Lugar, fecha
	Unterschrift der antragstellenden Person		Firma de la persona solicitante