



Application for insured pension
from the German Pension Insurance

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, marking everything that is applicable and submitting all of the required proof.

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the insured person

Angaben zum Versicherten

1	German Insurance Number		Deutsche Versicherungsnummer
2	Reference (if known)		Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Indian Employees' Provident Fund Number		Indische Sozialversicherungsnummer
4	Surname		Nachname
5	First name(s) (Please underline name normally used.)		Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
6	Name at birth (if different)		Geburtsname (wenn abweichend)
7	Other names used in the past		Frühere Namen
8	Date of birth (Please submit birth certificate or have it confirmed in Part J.)	<div>Day</div> <div>Tag</div> <div>Month</div> <div>Monat</div> <div>Year</div> <div>Jahr</div>	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
9	Place of birth (city, country, state)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
10	Sex	<input type="checkbox"/> male männlich <input type="checkbox"/> female weiblich	Geschlecht
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof or have it confirmed in Part J.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen oder im Teil J bestätigen lassen.)
12	Present address		Derzeitige Anschrift
13	Telephone number		Telefonnummer
14	Fax number		Telefaxnummer
15	Marital status	not married (single, widowed or divorced), not living in a registered civil partnership <input type="checkbox"/> nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden), nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend married / remarried / living in a registered civil partnership <input type="checkbox"/> verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend	Familienstand



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

B Application filed by another person
(Please submit full power of attorney / proof.)

Antragstellung durch andere Person
(Bitte Vollmacht / Nachweis beifügen)

1	Surname	Nachname
2	First name(s) (Please underline name normally used.)	Vorname(n) (Bitte Rufname unterstreichen.)
3	Postal address	Anschrift
4	Telephone number	Telefonnummer
5	Fax number	Telefaxnummer

C Type of pension claimed and commencement of pension

Beantragte Rentenart und Rentenbeginn

1	Old-age pension	<input type="checkbox"/>	Altersrente
2	Pension for reduction in earning capacity (Please fill out part L as well.)	<input type="checkbox"/>	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil L ausfüllen.)
3	Child-raising pension if divorced after June 30, 1977 and raising or caring for a child	<input type="checkbox"/>	Erziehungsrente für nach dem 30.06.1977 Geschiedene, die Kinder erziehen oder betreuen
4	The old-age pension should begin - at the earliest possible date with pension reduction - or at the earliest possible date without pension reduction - or as of	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Day Tag Month Monat Year Jahr </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 0 1 </div>	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung - oder zum
5	I hereby declare that my employment(s) for remuneration and self-employment(s) - ended on (Please submit notification of cessation of work or business.) - will end on	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Day Tag Month Monat Year Jahr </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Day Tag Month Monat Year Jahr </div>	Ich erkläre hiermit , dass ich meine Beschäftigung(en) gegen Entgelt und / oder selbständige(n) Tätigkeit(en) - aufgegeben habe zum (Bitte Bescheinigung über Aufgabe der Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit beifügen.) - aufgeben werde zum
6	Also after the beginning of the German old-age pension I intend (to continue) to be in employment or self-employment. If yes, please further information: - dependent employment (inclusive of early retirement benefits from the employer) monthly gross income (Please submit certificate from the employer.)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes ja </div>	Auch nach Beginn der deutschen Altersrente beabsichtige ich (weiterhin) eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit auszuüben. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen.)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

- self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant.)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	- selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuererklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen.)
7 I agree that a repayable amount of up to 200 EUR may be withheld from my continuing pension payments up to half of the amount of my monthly pension payments.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzuzahlender Betrag von bis zu 200 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.

D Additional information about the insured person

Ergänzende Angaben zum Versicherten

1	When did you leave Germany?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Day Tag</div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Month Monat</div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Year Jahr</div> </div> </div>	Wann haben Sie Deutschland verlassen?
2	Last residence in Germany (place, district, street)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)
3	German personal identification number for tax purposes (if known)	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)
4	Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law on the reconciliation of occupational disadvantages? If yes , please indicate: - restitution authority - reference number	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	Sind Sie Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? Falls ja , bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
5	Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit document for expelled persons .)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen.)
6	Are you at least 50 % severely disabled under German law? (Please submit proof.) - If yes , since Did you conclude an agreement with your employer on German part-time employment for older employees before January 1, 2007? (Please submit proof.)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Day Tag</div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Month Monat</div> </div> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="font-size: 0.8em;">Year Jahr</div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen.) - Falls ja , seit Haben Sie vor dem 01.01.2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen.)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

E Information on the German insurance period

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e. g. expulsion)

Please restrict this to the periods which are **not** contained in your insurance record and enclose appropriate proof. If you were employed **underground** in Indian mining enterprises, please submit a notification from the employer. If required, you may request an insurance record from your German pension insurance agency.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Beweismittel bei. Sofern Sie eine Beschäftigung in indischen bergbaulichen Betrieben **unter Tage** ausgeübt haben, ist eine Bescheinigung des Arbeitgebers beizufügen. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Period from - to	Please describe the type of employment or self-employment (for substitute periods please indicate type of period)	Name and address of employer / enterprise, in the case of self-employment please indicate "self-employed"	Name and address of your health insurance (e. g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben.)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name, Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

If you do not have enough space, please use an extra sheet! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

F Further information on the insurance period
(Please submit proof if not already previously submitted.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben
(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht bereits früher übersandt.)

<p>1 Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance?</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency - insurance number, reference number 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div>	<p>Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
<p>2 Has a pension rights adjustment been carried out on your behalf under German law?</p> <p>If yes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Is your former partner still alive? - name and address of the former partner <ul style="list-style-type: none"> - Are you obliged to pay alimony to your former partner or have you paid her / him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and proof of payment.) 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div>	<p>Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt?</p> <p>Falls ja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners <ul style="list-style-type: none"> - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen.)
<p>3 Did you undergo vocational training in Germany (even if not completed)?</p> <p>Period</p> <p>Type of vocational training (Please submit proof.)</p> <p>If applicable, completion on (Please submit proof.)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>From / vom</div> <div>To / bis</div> </div> <div style="border: 1px solid black; margin-top: 10px; padding: 2px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Day Tag</div> <div>Month Monat</div> <div>Year Jahr</div> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div> </div>	<p>Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)?</p> <p>Zeitraum</p> <p>Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen.)</p> <p>ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen.)</p>
<p>4 Have you been unfit for work in Germany or have you received benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>From / vom</div> <div>To / bis</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>From / vom</div> <div>To / bis</div> </div>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
<p>5 Have you been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="checkbox"/> no nein</div> <div><input type="checkbox"/> yes ja</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>From / vom</div> <div>To / bis</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>From / vom</div> <div>To / bis</div> </div>	<p>Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

6	<p>Did you graduate in Germany, India or other foreign countries from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland, in Indien oder einem anderen Staat absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
7	<p>Between the age of 17 and 25, were you unfit for work for at least one calendar month in Germany, India or other foreign countries and is this period not contained in the insurance record?</p> <p>Periods (Please submit proof.)</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Indien oder einem anderen Staat krank und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten?</p> <p>Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen.)</p>
8	<p>Did you reside in one of the following countries after turning 16: Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada / Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in Denmark, Greece or in the Netherlands?</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Québec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>
9	<p>Were you also employed outside Germany? If yes, please provide details. Periods in special systems are also to be indicated (e. g. civil servant provision / equivalent persons, EU officials, self-employed, farmers).</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p>	<p>Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>
	<p>Period</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p> <p>Country / Staat</p> <p>Insurance agency / Versicherungsträger</p> <p>Insurance number / Versicherungsnummer</p>		<p>Zeitraum</p>



Zeiten der Kindererziehung, soweit nicht bereits früher beantragt
(Bei Erziehung in Deutschland werden weitere Angaben notwendig. Der deutsche Träger übersendet das Formblatt V0800.)

Seite 7 von 18
A7400-00
 Version 02004 - Stand 06/2018





Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

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

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

H Further information on other claims

Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen

1	<p>Have you already applied for, are you receiving or have you received an Indian or other foreign pension?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periods during which this was received - type of pension - insurance agency (name and address) - insurance or reference number 	<p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Haben Sie bereits eine indische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
2	<p>Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's pensions under the German pension insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - surname and first name of the deceased spouse - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased partner 	<p>Day Tag</p> <p>Month Monat</p> <p>Year Jahr</p>	<p>Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachname und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbedatum - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
3	<p>Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the Indian, the German or a foreign accident insurance?</p> <p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>If yes, please indicate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - insurance agency and country (name and address) - reference number 		<p>Haben Sie eine Leistung aus der indischen, deutschen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt?</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen



Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Mir ist bekannt, dass die Employees' Provident Fund Organization (EPFO) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den indischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rente sowie dessen Höhe erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Rente erforderlich, **darf** die EPFO zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von der EPFO dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruches erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder der EPFO eingesehen und verwertet werden können. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Unterschrift des Antragstellers

Date / Datum

Signature / Unterschrift

Bitte noch die **Zahlungserklärung** im Teil K ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung**
bitte auch Teil L ausfüllen!



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div>

J Confirmation by EPFO

Bestätigung durch EPFO

Date of application in accordance with article 18 section 1 of the agreement	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Day Tag</div> <div>Month Monat</div> <div>Year Jahr</div> </div>	Tag der Antragstellung nach Artikel 18 Absatz 1 des Abkommens
<p>The applicant's personal data (surname, first name, date of birth, as well as citizenship) is confirmed by:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valid passport - valid voting card - other document(s) (please specify) 	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	<p>Die Angaben zur Person des Rentenbewerbers (Nachname, Vorname, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) werden bestätigt durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gültigen Reisepass - gültige Stimmkarte - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)
The information in part G concerning the children (surname, first names, date of birth) is confirmed based on the documents presented.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <input type="checkbox"/> no nein </div> <div> <input type="checkbox"/> yes ja </div> </div>	Die Angaben zu den Kindern im Teil G (Nachname, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
Date	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>Day Tag</div> <div>Month Monat</div> <div>Year Jahr</div> </div>	Datum
Signature		Unterschrift
Stamp of the EPFO		Stempel von EPFO



Zahlungserklärung



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC	
International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN	
3 Payment to the authorised representative The pension arrears are to be paid to my authorised representative by remittance to the following account / trust account in the Federal Republic of Germany		Zahlung an den Bevollmächtigten Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland	
SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC	
International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN	
Name of financial institution		Name des Geldinstituts	
Address of financial institution		Anschrift des Geldinstituts	
4 I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form. I undertake to provide information immediately in writing of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension to Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin GERMANY Furthermore I undertake to pay back overpaid amounts to Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln GERMANY For this purpose I have instructed the financial institution that administers my account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, this instruction also being effective for my heirs. It may only be revoked by myself and not by my heirs.		Ich erkläre , dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Rente in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird. Ich verpflichte mich , jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 13496 Berlin DEUTSCHLAND mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG Niederlassung Renten Service 50417 Köln DEUTSCHLAND zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG in Köln zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.	
Date / Datum		Signature of the co-holder of the account or the person authorized to dispose of the account / Unterschrift des Kontoinhabers oder des Kontobevollmächtigten	
5 Certification of the financial institution We note the application and certify the representations under point 1.		Bestätigung des Geldinstituts Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1.	
Location, date / Ort, Datum		Signature, Stamp of financial institution / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts	





9	<p>Have you received medical outpatient treatment recently or have medical examinations been arranged for you in recent years? (Please submit medical documents.)</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- name and address of physician</p> <p>- type of illness</p> <p>- start and end of treatment</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name und Anschrift des Arztes</p> <p>- Art der Leiden</p> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p>
10	<p>Have you received inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documents.)</p> <p>If yes, please indicate:</p> <p>- name and address of the hospital</p> <p>- type of illness</p> <p>- start and end of treatment</p>	<p><input type="checkbox"/> no nein</p> <p><input type="checkbox"/> yes ja</p> <p>From / vom</p> <p>To / bis</p>	<p>Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei.)</p> <p>Falls ja, bitte angeben:</p> <p>- Name und Anschrift des Krankenhauses</p> <p>- Art der Leiden</p> <p>- Beginn und Ende der Behandlung</p>





ENCLOSURE

Application for insured person's pension

from the old-age insurance scheme for farmers

- Alterssicherung der Landwirte (AdL) -

Please only complete this ENCLOSURE if you have paid contributions to an old-age insurance scheme for farmers as a self-employed farmer or as the spouse of a self-employed farmer in Germany.

ANLAGE

Antrag auf Versichertenrente

aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diese ANLAGE nur ausfüllen, wenn Sie als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt haben.

A Information about your person

Angaben zur Person

1	Identification number	2	2	1	/												Identifikationsnummer
2	Information about the spouse of the applicant															Angaben zum Ehegatten des Antragstellers	
3	Surname															Nachname	
4	First name															Vorname	
5	Date of birth															Geburtsdatum	
6	Place of birth															Geburtsort	
7	Citizenship															Staatsangehörigkeit	
8	If applicable, date of death															ggf. Sterbedatum	

B Information about contribution payments

Angaben zur Beitragszahlung

1	Have you or your spouse paid contributions into an old-age insurance scheme for farmers?	Applicant / Antragsteller		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, to the: ja, und zwar zur:		Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Name of the old-age insurance scheme for farmers					Name der LAK
	Reference number					Aktenzeichen
	Name of the old-age insurance scheme for farmers	Spouse / Ehegatte		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, to the: ja, und zwar zur:		Name der LAK
	Reference number					Aktenzeichen
2	Have you or your spouse worked as a self-employed farmer outside Germany?	Applicant / Antragsteller		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in:		Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
	Country					Land
	Country	Spouse / Ehegatte		<input type="checkbox"/> no nein <input type="checkbox"/> yes, in: ja, und zwar in:		Land



C Payment of the pension**Auszahlung der Rente**

1	Into which account should the benefit to which the application relates be paid? (Unfortunately, the payment cannot be made by cheque)	Name and address of financial institution / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die beantragte Geldleistung überwiesen werden? (Die Leistung der AdL kann leider nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Bank code		Bankleitzahl
3	Account number		Kontonummer
4	Account holder, if different from applicant		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC		SWIFT Bank Identifier Code - BIC
6	International Bank Account Number - IBAN		International Bank Account Number - IBAN

D Signature**Unterschrift**

1	Signature of the applicant	Unterschrift des Antragstellers
2	Signature of the spouse	Unterschrift des Ehegatten

