

v900

Eingangsstempel



Versicherungsnummer

1.1 Erstattung an Versicherte, die nicht versicherungspflichtig sind und nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung haben nach einer Wartefrist von 24 Kalendermonaten

1.2 Erstattung an Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben

1.3	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen, wenn wegen nicht erfüllter Wartezeit ein Anspruch auf Rente wegen Todes nicht besteht
-----	--

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname		Frühere Namen
Geburtsdatum 	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Geburtsort (Kreis, Land)		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl 	Wohnort 	
		Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

Datum der Ausreise	Letzte Anschrift im Bundesgebiet (Wohnort, Straße, Hausnummer)
Auslandsanschrift (ortsübliche Schreibweise)	

Name		Vornamen	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)

Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	
In der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort
Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

Bestätigungsfeld

- ☐ Geburtsurkunde
- ☐ Reisepass
- ☐ Personalausweis
- ☐ Sterbeurkunde

Stempel, Unterschrift, Datum

5	Angaben zum Versicherungsverhältnis				sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen
5.1	Wurden Beitragszeiten / Beschäftigungszeiten im Inland zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beige- fügten Versicherungsunterlagen nicht enthalten sind (z. B. als Lehrling, Angestellter, Arbeiter, Beschäftigter im Berg- bau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Pflegeper- son ab 01.04.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999)?				
☐	nein				☐
ja (Bitte hier in zeitlicher Reihenfolge seit Schulentlassung genau aufführen)					
Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufm. Angest. sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) bzw. Vermerk "selbständig"	Höhe des wöchentl. / mtl. Entgelts	An welche Krankenkasse und zu welcher Versicherungsanstalt wurden Beiträge gezahlt (z. B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte-BfA, LVA Baden, SV der ehem. DDR)?	
Beispiel 15.11.1961- 31.03.1962	Buchhalterin	Firma Lehne, Berliner Str. 15, 76185 Karlsruhe Kleimöbelhersteller	mtl. 500,- DM	AOK Karlsruhe BfA	
5.2	Wurden Beiträge zu einem ausländischen Versicherungsträger gezahlt? vom - bis Staat, Versicherungsträger, ausländische Versicherungsnummer				
☐	nein				
☐	ja				
5.3	Wurden freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den bei- gefügten Versicherungsunterlagen nicht enthalten sind? vom - bis Name des Versicherungsträgers				
☐	nein				
☐	ja				
5.4	Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht, die im Versiche- rungsverlauf nicht enthalten sind? vom - bis Staat				
☐	nein				
☐	ja				
5.5	Haben Sie einen Antrag auf Nachversicherung für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öf- fentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesell- schaften gestellt oder wurde eine Nachversicherung bereits durchgeführt? bei welcher Stelle Aktenzeichen				
☐	nein				
☐	ja				
5.6	Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehr- dienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)? vom - bis Grund				
☐	nein				
☐	ja				
5.7	Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die mit einem Arbeitgeber Nettoarbeitsentgelte vereinbart waren? vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers				
☐	nein				
☐	ja				
5.8	Wurden Ersatzzeiten (z. B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertrei- bung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigegeführten Versicherungsunterlagen nicht enthalten sind? vom - bis Art der Ersatzzeit				
☐	nein				
☐	ja				
5.9	Haben Sie einen Antrag auf Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG) gestellt? bei welcher Stelle Aktenzeichen				
☐	nein				
☐	ja				
6	Angaben zur Beitragstragung				Beweismittel bitte beifügen
6.1	Wurde jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld (ab 01.01.1996 Winterausfallgeld) oder Konkursausfallgeld (für In- solvenzereignisse ab 01.01.1999: Insolvenzgeld) bezogen? vom - bis Art der Leistung Name und Anschrift des Arbeitgebers				
☐	nein				
☐	ja				
6.2	Wurde vor dem 01.05.1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet? vom - bis				
☐	nein				
☐	ja				
6.3	Wurde ein freiwilliges soziales Jahr / freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwil- ligen sozialen Jahres / freiwilligen ökologischen Jahres abgeleistet? vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers				
☐	nein				
☐	ja				
6.4	Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber die Beiträge wegen des geringen Bruttoarbeitsentgelts allein getragen hat (z. B. während eines Lehrverhältnisses)? vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers				
☐	nein				
☐	ja				

Beweismittel bitte beifügen

6.5	Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber ein Abzugsrecht nicht mehr geltend machen konnte (z. B. während eines Praktikums im Rahmen der einstufigen Juristenausbildung, eines Noviziats, eines Postulats)?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.6	Sind für einen behinderten Menschen in einer geschützten Einrichtung oder für einen Beschäftigten in einer Einrichtung der Jugendhilfe, einem Berufsbildungswerk o. ä. Beiträge vom Arbeitgeber in voller Höhe allein getragen worden?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.7	Sind für einen Entwicklungshelfer oder einen im Ausland Beschäftigten bei Versicherungspflicht auf Antrag Beiträge von einem Wirtschaftsunternehmen, einer Organisation usw. in voller Höhe allein getragen worden?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.8	Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / ab 01.01.2001 nach dem Infektionsschutzgesetz gezahlt?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.9	Wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Ausgleichsgeld für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gezahlt?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	
6.10	Wurden für eine Beschäftigung in der Zeit vom 01.01.1997 bis 31.03.2003 Beiträge vom Arbeitgeber im Haushalts-scheckverfahren gezahlt?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.11	Haben Sie eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unter 300,- DM / 153,39 EUR oder ab 01.01.2002 unter 155,- EUR monatlich ausgeübt und auf die Versicherungsfreiheit verzichtet?	☐ nein ☐ ja	vom - bis	Name und Anschrift des Arbeitgebers

7 Angaben zur Übertragung von Rentenanwartschaften

7.1	Ist ein Ehescheidungsverfahren oder ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft anhängig?	☐ nein ☐ ja	Familiengericht, Aktenzeichen
7.2	Wurde eine Ehe nach dem 30.06.1977 aufgelöst / eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertragung oder Begründung von Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung) bereits entschieden worden?	☐ nein ☐ ja	Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist
	Falls ja: Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?	☐ nein ☐ ja	Familiengericht, Aktenzeichen

8 Sonstige Angaben (nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)**Beweismittel bitte beifügen**

Besteht derzeit Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht als Beamter, Richter, Geistlicher, Soldat auf Zeit oder Berufssoldat der Bundeswehr, Angestellter oder Arbeiter mit Versorgungsanwartschaft, Ruhestandsbeamter nach Erreichen einer Altersgrenze, Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Pflichtmitglied einer berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, Selbständiger mit einem Auftraggeber / arbeitnehmerähnlicher Selbständiger?			
☐ nein ☐ ja			
Sofern Versicherungsfreiheit besteht: Sind Sie zzt. ohne Dienstbezüge beurlaubt?			
☐ nein ☐ ja	Name und Anschrift des Arbeitgebers, wenn während der Beurlaubung eine Beschäftigung ausgeübt wird		
Sofern Sie als Selbständiger von der Versicherungspflicht befreit sind:			
Haben Sie nach Beginn der Befreiung			
mindestens einen versicherungspflichtigen Arbeitnehmer eingestellt?		☐ nein ☐ ja	Seit wann?
die selbständige Tätigkeit beendet?		☐ nein ☐ ja	Seit wann?
die Tätigkeit im Wesentlichen für mehr als einen Auftraggeber ausgeführt?		☐ nein ☐ ja	Seit wann?

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung**Beweismittel bitte beifügen**

9.1	Wurden Sach- oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (z. B. Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind -)?		
☐ nein ☐ ja	vom - bis	Art der Leistung	
	Bewilligende Stelle	Aktenzeichen	
9.2	Wurden jemals Rentenversicherungsbeiträge zurückgezahlt oder erstattet?		
☐ nein ☐ ja	vom - bis	Stelle, die zurückgezahlt oder erstattet hat	
	Grund der Erstattung	Datum des Bescheides	Aktenzeichen
Falls ja: Sind Beitragszeiten im Beitragsgebiet vor dem 19.05.1990 oder Ersatzzeiten (siehe Ziffer 5.7) zurückgelegt worden?			
☐ nein ☐ ja	vom - bis		

10 Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene (nur bei Antrag nach Ziffer 1.3) **Beweismittel bitte beifügen**

10.1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder Wehrdienst- bzw. Zivildienstbeschädigung, militärischen oder militärähnlichen Dienst, unmittelbare Kriegseinwirkung, Verfolgungsmaßnahmen des Nationalsozialismus, Internierung im Sinne des Heimkehrergesetzes, Vertreibung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder sonstigen Unfall verursacht worden?

Todesursache

festgestellt von

☐ nein ☐ ja

10.2 Ist der Tod des Versicherten innerhalb von sechs Jahren nach Beendigung einer Schul- oder Berufsausbildung eingetreten?

☐ nein ☐ ja

10.3 Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

☐ nein ☐ ja ☐ Witwe ☐ Witwer ☐ hinterbliebene Lebenspartnerin ☐ hinterbliebener Lebenspartner
☐ Halbwaise(n) ☐ Vollwaise(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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 (z. B. Kindererziehungszeiten, Wehr- 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.

12 Zahlungsweg

Bei Aufenthalt im Ausland oder bei Zahlung auf ein Konto im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden (Vordruck R851)

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Geldinstitut mit Ortsangabe

Bankleitzahl

Kontonummer

Nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

13 Anlagen

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragung in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Bei **sonstigen Unterlagen und Urkunden genügen auch Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist**. Wir bitten Sie, diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, deren Versichertenberater/-innen sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- oder Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird.

_____ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers

_____ Versicherungskarten Nr. _____

_____ Aufrechnungsbescheinigungen Nr. _____

_____ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet

_____ knappschaftliche Beitragsunterlagen

_____ Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsausweis

_____ Sterbeurkunde

_____ sonstige Urkunden oder Beweismittel

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

Datum der Antragstellung

Am

ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.

Bestätigungsvermerk

Datum, Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle