

Antrag auf Beitragserstattung

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - 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 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (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).



Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Eingangsstempel

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

1 Antragsart

- 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 die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben
- 1.3** Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen, wenn wegen nicht erfüllter allgemeiner Wartezeit ein Anspruch auf Rente wegen Todes nicht besteht

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Straße, Hausnummer		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

2.1 Bei Auslandsaufenthalt (bitte aktuelle Wohnsitzbescheinigung beifügen)

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

3 Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise (nur bei Antrag nach Ziffer 1.3) **Sterbeurkunde bitte beifügen**

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

Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 Es lag vor <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde	Bestätigungsfeld _____ Stempel, Unterschrift, Datum
---	--

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

4 Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von **Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen**

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)

5 Angaben zum Versicherungsverhältnis **sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

5.1 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind (z. B. als Lehrling, Angestellter, Arbeiter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 01.04.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999)?

nein ja, dann hier bitte genaue Angaben über Art und Dauer eintragen (seit Schulentlassung) - ggf. weitere Angaben auf dem Vordruck V105 eintragen

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"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?

5.2 Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger bzw. Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der EU zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

nein ja

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten:

Australien, Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

vom - bis Staat

nein ja

5.3 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?

vom - bis Versicherungsträger

nein ja

5.4 Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten noch nicht beantragt worden sind

5.5 Haben Sie einen Antrag auf Nachversicherung für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine Nachversicherung bereits durchgeführt?

bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein ja

Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?

vom - bis Grund

nein ja

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

5.6 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die mit einem Arbeitgeber Nettoarbeitsentgelte vereinbart waren?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

5.7 Haben Sie Ersatzzeiten (z. B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Gewahrsam, Freiheitsentzug in der ehemaligen DDR mit Rehabilitation, Vertreibung, Flucht, Umsiedlung, Aussiedlung, Verfolgung, Internierung sowie daran anschließende Zeiten der Krankheit oder unverschuldeten Arbeitslosigkeit) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?
- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -
vom - bis Art der Ersatzzeit

nein ja

5.8 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigefügt Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

6 Angaben zur Beitragstragung

Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld (ab 01.01.1996 Winterausfallgeld) oder Konkursausfallgeld (für Insolvenzeroignisse ab 01.01.1999 Insolvenzgeld) bezogen?
vom - bis Art der Leistung

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.2 Haben Sie vor dem 01.05.1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet?
vom - bis

nein ja

6.3 Haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr / freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen 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

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)?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

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?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

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?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

6.8 Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / ab 01.01.2001 nach dem Infektionsschutzgesetz gezahlt?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

6.9 Wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Ausgleichsgeld für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gezahlt?
vom - bis

nein ja

6.10 Wurden für eine Beschäftigung in der Zeit vom 01.01.1997 bis 31.03.2003 Beiträge vom Arbeitgeber im Haushaltsscheckverfahren gezahlt?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

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?
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja

7 Angaben zur Übertragung von Rentenansprüchen

7.1 Ist ein Ehescheidungsverfahren oder ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft anhängig?
Familiengericht, Aktenzeichen

nein ja

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 Ansprüchen in der gesetzlichen Rentenversicherung) bereits entschieden worden?
Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist

nein ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

8.5 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen oder soldatenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung wegen Erreichens der Altersgrenze?

nein ja

seit wann? von welchem Träger?

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 Beitrittsgebiet 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?

nein ja

Todesursache festgestellt von

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

Halbweise(n) Vollweise(n)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

11 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schrift- / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

