

# V900

## 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](http://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?

☐ nein ☐ ja

vom - bis Staat

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

☐ nein ☐ ja Versicherungsträger

**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?

☐ nein ☐ ja bei welcher Stelle Aktenzeichen

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)?

☐ nein ☐ ja vom - bis Grund

V0900 PDF - Bl. 2  
V015 - 22.10.2009 - 13

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

Falls ja: Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?

Familiengericht, Aktenzeichen

☐ nein
☐ ja

8

Sonstige Angaben (nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)

Beweismittel bitte beifügen

8.1

Haben Sie eine Anwartschaft auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen oder soldatenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis (z. B. als Beamter, Richter, Soldat auf Zeit, DO-Angestellter)?

☐ nein,

bitte weiter bei Ziffer 8.2

Beginn des Dienstverhältnisses

Versorgungsträger

☐ ja

8.1.1

Sind Sie zurzeit ohne Dienstbezüge / Arbeitsentgelt beurlaubt oder ist aus anderen Gründen die Zahlung von Dienstbezügen / Arbeitsentgelt unterbrochen?

☐ nein,

bitte weiter bei Ziffer 9

☐ ja

☐ wegen Kindererziehung

Namen und Geburtsdatum des Kindes / der Kinder

bitte Name des Elternteils angeben, wenn die Kindererziehungszeiten beim anderen Elternteil berücksichtigt werden sollen

☐ Beurlaubung und gleichzeitige Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber

Name und Anschrift des Arbeitgebers, ggf. Gewährleistungsentscheidung vom Dienstherrn beifügen

☐ aus sonstigen Gründen:

bitte weiter bei Ziffer 9

8.2

Sind Sie als Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder als Lehrer an einer Privatschule von der Versicherungspflicht befreit?

☐ nein
☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 9

8.3

Sind Sie satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft oder Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft?

seit wann?

Name und Anschrift der Genossenschaft / Gemeinschaft

☐ nein
☐ ja

bitte weiter bei Ziffer 9

8.4

Sind Sie als selbständig Tätiger mit einem Auftraggeber von der Versicherungspflicht befreit?

☐ nein,

bitte weiter bei Ziffer 9

☐ ja

8.4.1

Haben sich nach Beginn der Befreiung Änderungen in der Ausgestaltung der selbständigen Tätigkeit ergeben (z. B. Aufgabe der Tätigkeit, Tätigkeit für mehrere Auftraggeber, Einstellung von Arbeitnehmern)?

☐ nein
☐ ja

☐ die selbständige Tätigkeit wurde beendet

Datum der Beendigung

☐ die selbständige Tätigkeit wird für mehrere Auftraggeber ausgeführt

Namen der Auftraggeber und Datum der Änderung

☐ es wurde mindestens ein versicherungspflichtiger Arbeitnehmer eingestellt

bitte Datum der Einstellung angeben und Arbeitsverträge beifügen

bitte weiter bei Ziffer 9

V0900 PDF - Bl. 2 Rs.

V015 - 22.10.2009 - 13



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

## 12 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Mir ist 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 wesentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

## 13 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 (IBAN / BIC vgl. Kontoauszug):

Geldinstitut mit Ortsangabe

IBAN (International Bank Account Number)

D E

BIC (Bank Identifier Code)

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

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

## 14 Anlagen

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, diese im Original einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen 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 Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater / -innen bzw. Versichertenälteste 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

<p>Datum der Antragstellung</p> <p>Am</p> <p>ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.</p>	<p>Bestätigungsfeld</p> <p>Datum, Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle</p>
---	---