





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**4 Antragstellung durch andere Personen**

**Vollmacht oder Beschluss des  
Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als	
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer	
Telefon	
Adresszusatz	
Telefax	
Postleitzahl	Wohnort

**5 Versicherungsverhältnis**

**sämtliche vorhandenen  
Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

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

nein

ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, gegebenenfalls weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?

**5.2** Beziehen oder bezogen Sie nach dem 31.12.2020 Übergangsgebühren der Bundeswehr?

vom - bis

nein  ja \_\_\_\_\_



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**sämtliche vorhandenen  
Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

**5.3** Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

vom - bis

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Versicherungssystem / Sondersystem

\_\_\_\_\_  
Staat

\_\_\_\_\_  
ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

vom - bis

\_\_\_\_\_  
Versicherungssystem / Sondersystem

\_\_\_\_\_  
Staat

\_\_\_\_\_  
ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

**5.4** 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?

vom - bis

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Staat

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

vom - bis

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Versicherungsträger

**5.6** Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein  ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

**5.7** Wurde für Sie eine Nachversicherung durchgeführt?

bei welcher Stelle

nein  ja

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen









Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 8 Versicherungsfreiheit beziehungsweise Befreiung von der Versicherungspflicht

(nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)

Beweismittel bitte beifügen

### 8.1 Sind Sie Beamter, Richter oder Soldat?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.3

Beginn des Dienstverhältnisses

ja

Versorgungsträger

### 8.2 Sind Sie Beamter oder Richter auf Lebenszeit beziehungsweise Berufssoldat?

bitte Status angeben (auf Probe, auf Zeit oder auf Widerruf)

nein, bitte weiter bei Ziffer 9

ja, bitte weiter bei Ziffer 8.4

### 8.3 Sind Sie DO-Angestellter?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.5

Tag Monat Jahr

ja, seit

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.8

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, gegebenenfalls Gewährleistungsentscheidung vom Dienstherrn beifügen

aus sonstigen Gründen

bitte weiter bei Ziffer 8.8

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.6

Tag Monat Jahr

ja, seit





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

**9.1** Wurden Sachleistungen oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für den Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner / ein Kind -)?

vom - bis

nein  ja

Art der Leistung

bewilligende Stelle

Aktenzeichen

**9.2** Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt worden?

wann

nein  ja

Versicherungsträger

Aktenzeichen

**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 Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder sonstigen Unfall verursacht worden?

Todesursache

nein  ja

festgestellt von

**10.2** Ist der Tod des Versicherten innerhalb von 6 Jahren nach Beendigung einer Schulausbildung oder Berufsausbildung eingetreten?

nein  ja

**10.3** Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

nein  ja  Witwe  Witwer

hinterbliebene Lebenspartnerin  hinterbliebener Lebenspartner

Halbwaise / Halbweisen  Vollwaise / Vollwaisen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift





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

Mir ist bewusst, dass eine Beitragserstattung oder eine Rentenzahlung Einfluss auf beamtenrechtliche Versorgungsbezüge haben kann und ich mich hierzu an die Versorgungsdienststelle meines Dienstherrn wenden kann.

Mir ist bewusst, dass eine Beitragserstattung Einfluss auf Leistungen der Landwirtschaftlichen Alterskasse haben kann. Auskunft hierzu erteilt die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**14 Anlagen**

- \_\_\_\_ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers
- \_\_\_\_ Versicherungskarten Nummer \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Aufrechnungsbescheinigungen Nummer \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet
- \_\_\_\_ knappschaftliche Beitragsunterlagen
- \_\_\_\_ Bundesvertriebenenausweis und Flüchtlingsausweis
- \_\_\_\_ Sterbeurkunde
- \_\_\_\_ sonstige Urkunden oder Beweismittel

**15 Bestätigung der antragsaufnehmenden Stelle**

Datum der Antragstellung						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">Tag</td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: small;">Monat</td> <td style="width: 60%; text-align: center; font-size: small;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr				
Am _____ ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.						
Bestätigungsfeld						
Stempel	Datum, Unterschrift der aufnehmenden Stelle					

**16 Bestätigung der Personenstandsdaten**

Die Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 werden bestätigt durch:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Personalausweis
<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
Stempel	Datum, Unterschrift

