

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 4)

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Haben Sie **Beitrags- oder Beschäftigungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt 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
- ggf. weitere Angaben auf dem Vordruck V105 eintragen
(Angaben sind entbehrlich, wenn es sich um Zeiten vor dem 01.01.1992 im Beitrittsgebiet handelt.)

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 und zu welcher Versicherungsanstalt wurden Beiträge gezahlt (z. B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA, LVA Baden)?

3.2 Waren Sie während der unter Ziffer 3.1 eingetragenen Zeiten **teilzeitbeschäftigt**?

vom - bis wöchentliche Arbeitszeit volle betriebliche Arbeitszeit
in Stunden in Stunden pro Woche in Stunden

nein ja _____

3.3 Standen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?

vom - bis Name und Verwandtschaftsverhältnis

nein ja _____

3.4 Haben Sie **freiwillige Beiträge** zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind?

vom - bis Versicherungsträger

nein ja _____

3.5 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 _____

3.6 Sind Ihnen **Beiträge erstattet** oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z. B. bei Frauen wegen Heirat)?

wann Versicherungsträger

nein ja _____

Aktenzeichen

3.7 Haben Sie in der Zeit vom **01.03.1957 bis 30.04.1961** Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge Wehr-, Zivildienst**" gekennzeichnet ist?

vom - bis vom - bis

nein ja _____

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3.8 Wurden für Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** als **"Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung"** gekennzeichnet sind?
vom - bis Bezeichnung der Einrichtung

nein ja _____

4 Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurden Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet zurückgelegt?
 nein, bitte weiter bei Ziffer 5 ja, sind diese Zeiten (einschließlich FZR) im Sozialversicherungsausweis vollständig enthalten?
 nein, bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen
 ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen und Fragen 4.2 bis 4.6 beantworten

4.2 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen? (Nur angeben, wenn der tatsächliche sozialversicherungspflichtige Arbeitsverdienst vor dem 01.03.1971 über der damaligen Höchstgrenze für die Beitragspflicht von 600,- M monatlich gelegen hat.)
vom - bis damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort

nein ja _____

Beweismittel bitte beifügen

4.3 Waren Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** voll erwerbsgemindert?
vom - bis Aufenthaltsort

nein ja _____

4.4 Haben Sie einem **Zusatz- oder Sonderversorgungssystem** angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?
vom - bis Versorgungssystem

nein ja _____
Art der Ausbildung bzw. des ausgeübten Berufs

Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (z. B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE - / Hauptamtlicher Inoffizieller Mitarbeiter - HIM -)?
vom - bis

nein ja _____

4.5 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?
vom - bis bei

nein ja _____

4.6 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

5 Zeiten im Ausland Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Zeiten im Ausland zurückgelegt?
 nein, bitte weiter bei Ziffer 6 ja, bitte die Fragen 5.2 bis 5.5 beantworten

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).
vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

nein ja _____
Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

5.3 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

5.4 Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein ja, sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein ja, bitte Vordruck V720 ausfüllen und beifügen

5.5 Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein ja, bitte Vordruck V710 (für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten),
Vordruck V711 (für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten),
Vordruck V712 (für Zeiten in Rumänien)
ausfüllen und beifügen.

6 **Angaben zu Ersatzzeiten** **Beweismittel bitte beifügen**

(z. B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind)
- weitere Tatbestände finden Sie in den Erläuterungen -

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
- betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -

nein ja, bitte Fragebogen für Ersatzzeiten (Vordruck V400) ausfüllen und beifügen

7 **Angaben zu Anrechnungszeiten** **Beweismittel bitte beifügen**

(z. B. Arbeitsunfähigkeit, Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt), Meldung bei der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) als ausbildungssuchend nach dem vollendeten 17. Lebensjahr, nach vollendetem 17. Lebensjahr liegende Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Versorgungsleistungen im Beitrittsgebiet)
- weitere Tatbestände, auch für ausländische Zeiten, finden Sie in den Erläuterungen -

7.1 Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein ja, bitte Fragebogen für Anrechnungszeiten (Vordruck V410) ausfüllen und beifügen

7.2 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch **einen Unfall** oder **durch andere Personen nach dem 30.06.1983 verursacht**? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte mit "Nein".)

nein ja, bitte Fragebogen zum Übergang von Schadensersatzansprüchen (Vordruck R870) ausfüllen und beifügen

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

nein ja am _____ bei welcher Stelle
Aktenzeichen _____

8 **Angaben zu Kindern**

8.1 Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

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

8.2 Werden Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - frühestens ab dem 01.01.1992 - geltend gemacht?

Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen

vom - bis Kindschaftsverhältnis

nein ja leibliches Kind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf noch nicht als solche gekennzeichnet sind?

nein ja vom - bis Art der Berufsausbildung

nein ja vom - bis Art der Berufsausbildung

Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor

9.2 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein ja Versorgungsdienststelle

nein ja Aktenzeichen

bitte Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten beifügen

9.3 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine **Rente aus eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein ja seit / bis / beantragt am Versicherungsträger

nein ja Versicherungsnummer

ggf. Grund der Ablehnung

9.4 Besteht oder bestand für Sie eine Versicherung bei der **Künstlersozialkasse**?

nein ja vom - bis Aktenzeichen

9.5 Haben Sie auf einem **Rheinschiff** eine Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

nein ja vom - bis Berufsbezeichnung

nein ja Sitz des Arbeitgebers

10 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)

als Hörmedium (Kassette)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

12 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Unterlagen über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten auf Seite 1 dieses Antrags nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

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 Auskunft- 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.

Anlagen