

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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 (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			

4 Antragstellung durch andere Personen
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)			
in der Eigenschaft als			
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)	
E-Mail (Angabe freiwillig)			

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, ggf. weitere Angaben in den Vordruck V105 eintragen

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

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

6 Beitragstragung

Beweismittel bitte beifügen

<p>6.1 Haben Sie jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld oder Insolvenzgeld bezogen?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis Art der Leistung</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>6.2 Haben Sie vor dem 1.5.1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>6.3 Haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr / freiwilliges ökologisches Jahr abgeleistet?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>6.4 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber die Beiträge wegen des geringen Bruttoarbeitsentgelts allein getragen hat (z. B. während eines Lehrverhältnisses)?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>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)?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>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?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>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?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>
<p>6.8 Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / Infektionsschutzgesetz gezahlt?</p> <p style="text-align: center;">vom - bis</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Name und Anschrift des Arbeitgebers</p>

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

8.7.1 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, bitte weiter bei Ziffer 9

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

8.8 Erhalten Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen oder soldatenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach Erreichen einer Altersgrenze bzw. wegen Dienstunfähigkeit?

nein ja, bitte Versorgungsbescheid beifügen

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung Beweismittel bitte beifügen

9.1 Wurden Sachleistungen oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (z. B. 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 _____ Art der Leistung _____

nein ja _____
bewilligende Stelle _____ Aktenzeichen _____

9.2 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt worden?

wann _____ Versicherungsträger _____

nein ja _____
Aktenzeichen _____

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

10.1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder Wehrdienstbeschädigung bzw. Zivildienstbeschädigung 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 6 Jahren nach Beendigung einer Schulausbildung oder Berufsausbildung eingetreten?

nein ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

10.3 Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

nein ja Witwe Witwer
 hinterbliebene Lebenspartnerin hinterbliebener Lebenspartner
 Halbwaise / Halbweisen Vollwaise / Vollweisen

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck | <input type="checkbox"/> als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY Format) |

12 Zahlungsweg

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN / BIC vergleiche Kontoauszug):

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
D E	
Geldinstitut mit Ortsangabe	
Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich wünsche die Beitragserstattung, auch wenn ich zur freiwilligen Versicherung berechtigt sein sollte.

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, Wehrdienstzeiten 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. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

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

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

Am <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 8px;">Datum der Antragstellung</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table> ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.	Datum der Antragstellung		Bestätigungsfeld
Datum der Antragstellung			
Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle, Datum			

16 Bestätigung der Personenstandsdaten

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	