

Antrag auf Beitragserstattung Application for Refund of Contributions

Hinweis:

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialbuches - 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).

Note:

In order to be able to properly decide on your application, in accordance with Part Six of the Social Security Code - Statutory Pension Insurance Fund (SGB VI) - we require some important information and documents from you. We, therefore, request you to answer the questions fully and to submit the documents requested, if possible, immediately. Your cooperation, as expressly defined in sections 60-65 of the General Part of the Social Security Code (SGB I), will enable us to quickly deal with your application. Please bear in mind that, if you fail to cooperate, we can refuse payment in full or in part (section 66 SGB I).

Versicherungsnummer										

Antragstellung/Date of Application					
Tag/Day		Monat/Month		Jahr/Year	

Eingangsstempel/Receipt Stamp

1 Antragsart

Type of Application

- 1.1 Erstattung an Versicherte, die nicht versicherungspflichtig sind und nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung haben
Refund to insured who are not subject to compulsory insurance and are not entitled to voluntary insurance
- 1.2 Erstattung an Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben
Refund to insured who have attained the age of 65 and have not completed the general qualifying period
- 1.3 Erstattung an Witwer / Witwen / Waisen, wenn wegen nicht erfüllter allgemeiner Wartezeit ein Anspruch auf Rente wegen Todes nicht besteht
Refund to widowers/widows/orphans if, due to incomplete qualifying period, there is no entitlement to surviving dependants' pension

2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Personal Data of the Insured

Name/Surname		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)/First name (please underline name ordinarily used)	
Geburtsname/Name at Birth		Frühere Namen/Former surname(s)	
Geburtsdatum/Date of Birth	Geschlecht/Sex	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere oder weitere Staatsangehörigkeiten) <i>Nationality (if applicable, former nationality/other nationalities)</i>	
	<input type="checkbox"/> männlich <i>male</i> <input type="checkbox"/> weiblich <i>female</i>		
Geburtsort (Kreis, Land)/Place of Birth (District, Land/State)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)/Present Address (Street, House No.)		Telefonisch tagsüber zu erreichen <i>Telephone No. for contact during the day</i>	
Postleitzahl/Postal Code	Wohnort/Place of Residence	Telefax/Fax No.	

- 2.1 Bei Auslandsaufenthalt (Nachweise bitte beifügen z.B. polizeiliche Abmeldung vor der Ausreise, Anmeldung im Ausland)
In case of residence abroad (please enclose proof, e.g., police certificate of departure, certificate of registration in foreign country)

Datum der Ausreise <i>Date of Departure</i>	Letzte Anschrift im Bundesgebiet (Wohnort, Straße, Hausnummer) <i>Last address in the Federal Territory (place of residence, street, house number)</i>
Auslandsanschrift/Address abroad	

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

Personal Data of Widow/Widower/Orphan (in case of application as per 1.3 only)

Please enclose death certificate

Name/Surname		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)/First name (please underline name ordinarily used)			
Geburtsname/Name at Birth			Geburtsdatum/Date of Birth		
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)/Present Address (Street, House No.)			Telefonisch tagsüber zu erreichen Telephone No. for contact during the day		
Postleitzahl/Postal Code	Wohnort/Place of Residence		Telefax/Fax No.		

4 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts bitte beifügen

Application through third parties

The application is made, as legal representative, by

Please enclose power of attorney or Guardianship Court order

Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)/Surname, First Name, Official Agency (if applicable, file/reference number)					
In der Eigenschaft als/In the capacity of					
<input type="checkbox"/>	gesetzlicher Vertreter legal representative	<input type="checkbox"/>	Vormund guardian	<input type="checkbox"/>	Betreuer person in charge
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Bevollmächtigte authorized representative
raße, Hausnummer Street, House No.			Telefonisch tagsüber zu erreichen Telephone No. for contact during the day		
Postleitzahl/Postal Code	Wohnort/Place of Residence		Telefax/Fax No.		

5 Angaben zum Versicherungsverhältnis

sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen

Information regarding Insurance Relationship

Please enclose all available insurance documents

5.1 Der letzte Beitrag wurde gezahlt für/The last contribution was paid for

Monat Month	Jahr Year	zur to	<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung der Arbeiter Workers' Pension Fund	<input type="checkbox"/>	Rentenversicherung der Angestellten Salaried Employees' Pension Fund	<input type="checkbox"/>	knappschaftlichen Rentenversicherung Miners' Pension Fund	<input type="checkbox"/>	Seekasse Seamen's Pension Fund
			<input type="checkbox"/>	Bahn- versicherungsanstalt Railway Pension Fund	<input type="checkbox"/>	ausländischen Rentenversicherung Foreign Pension Fund	<input type="checkbox"/>	Sozialversicherung der DDR Social Security Fund of the GDR	<input type="checkbox"/>	Überleitungsan- Sozialversiche- rung Emergent Social Security Institution
Name des Versicherungsträgers/Name of Insurance Institution										

5.2 Wurden Beitragszeiten/Beschäftigungszeiten im Inland zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind (z. B. als Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 01.04.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 01.04.1999)?

Were there any contribution periods/periods of employment in Germany which are **not** included in the insurance record and in the enclosed insurance documents (e.g., as wage earner, salaried employee, mining employee, seaman, self-employed person, person performing compulsory military service or alternative non-military service, recipient of early retirement pension, person receiving nursing care as from 1st April 1995, employed person with an insignificant earned income from 1st April 1999)?

nein ja (Bitte hier in zeitlicher Reihenfolge seit Schulentlassung genau auffüllen)
no yes (please state precisely in chronological order after leaving school)

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr) Beispiel	genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufm. Angest., sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) bzw. Vermerk "selbständig"	Höhe des wöchentl./mtl. Entgelts	An welche Krankenkasse und zu welcher Versicherungsanstalt wurden Beiträge gezahlt (z. B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA, LVA Baden, SV der DDR)?
15. Nov. 1961 - 31. März 1962	Buchhalterin	Firma Muster, Kleinmöbelhersteller Muster Str. 15, 45678 Musterdorf	mtl. 255,65 EUR	AOK Karlsruhe BfA

Period from - to <small>(day, month, year)</small> Example	Precise description of employment or activity <small>(e.g., not Clerk but Bookkeeper)</small>	Employer <small>(name, head office and type of business or state "self-employed")</small>	Amount of weekly/monthly remuneration	To which health insurance fund and to which insurance institution were contributions paid (e.g., Fed. Insc. Office for Salaried Employees - BfA, Regional Insurance Institution - LVA Baden, Social Security Fund of the GDR)?
15 th Nov. 1961 - 31 st March 1962	Bookkeeper	Muster, manufacturer of small items of furniture Muster Str. 15, 45678 Musterdorf	monthly 255,65 EUR	AOK Karlsruhe BfA

- 5.3 Wurden Beiträge zu einem ausländischen Versicherungsträger gezahlt?
Were contributions paid to a foreign insurance institution?
- vom - bis from - to Land / Versicherungsträger / ausländische Versicherungsnummer
Country/Insurance Institution/Foreign Insurance Number
- nein ja
no yes
- 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?
- Have you, after attaining the age of 15, habitually resided in The Netherlands or, after attaining the age of 16, habitually resided in one of the following countries: Australia, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Canada/Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?*
- vom - bis from - to Land/Country
- nein ja
no yes
- 5.4 Wurden **freiwillige** Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?
*Were any **voluntary** contributions paid to the statutory pension insurance fund which are **not** included in the insurance record and in the enclosed insurance documents?*
- vom - bis from - to Name des Versicherungsträgers/Name of Insurance Institution
- nein ja
no yes
- 5.5 Werden Zeiten der Kindererziehung geltend gemacht, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
*Are periods for bringing up children being claimed which are **not** included in the insurance record?*
- nein, bzw. Anrechnung erfolgt bei einem anderen Berechtigten ja, (bitte Vordruck V 800 ausfüllen und beifügen)
no / these are being credited to another beneficiary yes (please complete and enclose Form V 800)
- 5.6 Wurde eine Nachversicherung durchgeführt bzw. ist eine solche noch durchzuführen?
Have retrospective contributions been paid or is payment still to be effected?
- vom - bis from - to Name und Anschrift des Dienstherrn/Name and Address of Employer
- nein ja
no yes
- 5.7 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die mit einem Arbeitgeber Nettoarbeitsentgelte vereinbart waren?
Were there periods of employment for which net remuneration was agreed with an employer?
- vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer
- nein ja
no yes

5.8 Wurden Ersatzzeiten (z.B. militärischer bzw. militärähnlicher Dienst, Kriegsgefangenschaft, Internierung, Zeiten des Gewahrsams, Vertreibung) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?
*Were substitute qualifying periods completed (e.g., military or paramilitary service, captivity, internment, periods in custody, expulsion) which are **not** included in the insurance record and in the enclosed insurance documents?*

vom - bis from - to Art der Ersatzzeit/Type of substitute qualifying period

nein ja
no yes

6 Angaben zur Beitragstragung Beweismittel bitte beifügen
Information regarding responsibility for payment of contributions Please enclose proof

6.1 Wurden jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld (ab 1. Jan. 1996 Winterausfallgeld) oder Konkursausfallgeld bezogen?
Has the insured ever received a short-time allowance, bad weather compensation (as from 1st Jan. 1996, winter compensation)

vom - bis from - to Art der Leistung
Type of benefit Name und Anschrift des Arbeitgebers
Name and Address of Employer

nein ja
no yes

6.2 Wurden vor dem 1. Mai 1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet?
Was compulsory military service or alternative non-military service (formerly substitute service) rendered prior to 1st May 1961?

vom - bis from - to

nein ja
no yes

6.3 Wurde ein freiwilliges soziales Jahr / freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres / freiwilligen ökologischen Jahres abgeleistet?
Did the insured engage in voluntary welfare work for one year / a voluntary ecological year within the meaning of the Law on the Promotion of a Voluntary Year of Welfare Work / a Voluntary Ecological Year?

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

6.4 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber die Beiträge wegen des geringen Bruttoarbeitsentgelts allein getragen hat (z. B. während eines Lehrverhältnisses)?
Were there periods of employment for which contributions were paid solely by the employer because of low gross earnings (e.g., during an apprenticeship)?

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

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)?
Were there periods of employment for which the employer could not claim the right to withhold contributions (e.g., during practical training within the framework of single-tier education for the legal profession, a noviciate, a postulate)?

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

6.6 Sind für einen Behinderten 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?
Were contributions on behalf of a handicapped person in a special public welfare facility or an employee in a youth welfare institution, a vocational training or similar establishment paid solely, in the full amount, by the employer?

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

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?
In case of liability to insurance upon request, were contributions on behalf of a development aid volunteer or an employee working abroad paid solely, in the full amount, by a business enterprise, an organization, etc.

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

6.8 Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz gezahlt?
Were compulsory contributions paid in accordance with the Federal Epidemics Control Act?

vom - bis from - to Name und Anschrift des Arbeitgebers/Name and Address of Employer

nein ja
no yes

7 Angaben zur Übertragung von Rentenanwartschaften **Beweismittel bitte beifügen**
Information regarding the Assignment of Pension Expectancies **Please enclose proof**

7.1 Ist ein Ehescheidungsverfahren anhängig?
Are divorce proceedings pending?

Familiengericht / Aktenzeichen Family Court / Ref./File No.

nein ja
no yes

7.2 Wurde eine Ehe nach dem 30. Juni 1977 aufgelöst und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertragung oder Begründung von Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung) bereits entschieden worden?
Was a marriage dissolved after 30th June 1977 and, if so, has a decision already been reached regarding pension rights adjustment (assignment of, or statement of grounds for, pension expectancies in the statutory pension insurance fund)?

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist
Name of the insurance institution designated in the decision of the Family Court

nein ja
no yes

Falls ja: Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?
If so, are proceedings pending to amend the pension rights adjustment?

Familiengericht / Aktenzeichen Family Court / Ref./File No.

nein ja
no yes

8 Sonstige Angaben (nur bei Antrag nach Ziffer 1.1) **Beweismittel bitte beifügen**
Additional Information (in case of application as per 1.1 only) **Please enclose proof**

Besteht Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht als Beamter, Richter, Geistlicher, Soldat auf Zeit oder Berufssoldat der Bundeswehr, Arbeiter oder Angestellter mit Versorgungsanwartschaft, Ruhestandsbeamter, Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Pflichtmitglied einer berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung?
Is the person concerned exempt from compulsory insurance, or have they been released from their insurance liability, capacity of civil servant, judge, clergyman, voluntary short-term or regular soldier in the Federal Armed Forces, wage earner or salaried employee with pension expectancy, retired civil servant, member of an ecclesiastic society, compulsory member of an insurance/pension scheme of a trade or professional association?

nein ja (bitte Ernennungsurkunde / Bescheid / aktuelle Bescheinigung des Dienstgebers zur Einsicht beifügen)
no yes (please enclose for perusal certificate of appointment / official notification current certificate of employer)

Sofern Versicherungsfreiheit besteht: Sind Sie z. Zt. ohne Dienstbezüge beurlaubt?
In case of exemption from compulsory insurance: are you presently on leave without pay?

Name und Anschrift des Arbeitgebers, wenn während der Beurlaubung eine Beschäftigung ausgeübt wird
Name and address of employer if you are following an occupation while on leave

nein ja
no yes

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung **Beweismittel bitte beifügen**
Benefits already received from the Statutory Pension Insurance Fund **Please enclose proof**

9.1 Wurden Sach- oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (z. B. Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sowie Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte und Kind -)?
Have any benefits, in cash or in kind, been granted by a pension insurance institution (e.g., pension due to occupational disability and incapacity to work - including pensions abroad, taking into consideration German contributions - medical or vocational advancement benefits for the purpose of rehabilitation, as well as allowances for medicines and medical aids and devices - including those for the spouse and child)?

vom - bis from - to Art der Leistung/Type of Benefit

nein ja
no yes

Bewilligende Stelle/Institution granting benefit(s) Aktenzeichen/Ref./File No.

9.2 Wurden jemals Rentenversicherungsbeiträge zurückgezahlt oder erstattet?
Have any pension insurance contributions ever been repaid or refunded?

vom - bis from - to Stelle, die zurückgezahlt oder erstattet hat
Institution which effected the repayment or refund

nein ja
no yes

Grund der Erstattung Datum des Bescheides Aktenzeichen
Reason for refund Date of notification Ref./File No.

Falls ja: Sind Beitragszeiten im Beitragsgebiet vor dem 19. Mai 1990 oder Ersatzzeiten (siehe Ziffer 5.8) zurückgelegt worden?
If so, were any contribution periods completed within the territory of the German Democratic Republic prior to 19th May 1990, or substitute qualifying periods (see 5.8)?

vom - bis from - to

nein ja
no yes

10 Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene Beweismittel bitte beifügen
 (nur bei Antrag nach Ziffer 1.3) *Please enclose proof*
Supplementary information when refund is to be paid to surviving dependants
 (in case of application as per 1.3 only)

10.1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall 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?
Was the death of the insured person due to injury sustained at work or during compulsory military service or alternative non-military service, or the result of military or paramilitary service, the direct effect of war, persecution under National Socialism, internment within the meaning of the Act regulating matters relating to Repatriated Prisoners of War and Other Repatriates, expulsion or flight within the meaning of the Federal Expelled Persons Act, or due to other accidents?

Todesursache/Cause of death festgestellt von/ascertained by

nein ja
no yes

10.2 Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?
Are there any other surviving dependants who are entitled to apply?

nein ja Witwe Witwer Halbwaise(n) Vollwaise(n)
no yes Widow Widower Half-orphan(s) Orphan(s)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
Surname, first name, date of birth, address

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Es ist mir bekannt, dass mit der Beitragserstattung das bisherige Versicherungsverhältnis aufgelöst wird. Ansprüche aus den bis zur Erstattung zurückgelegten rentenrechtliche Zeiten (Beitragszeiten, Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten, Berücksichtigungszeiten) besteht nicht mehr. Dies gilt auch für Zeiten, für die keine Beiträge erstattet werden (z. B. Kindererziehungszeiten, Wehr- und Zivildienstzeiten, Nachversicherungszeiten, Beiträge vor einer Rehabilitationsmaßnahme oder dem Währungsstichtag).

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.

Declaration by Applicant

I am aware that a refund of contributions automatically dissolves the former insurance relationship. All entitlements based on periods completed prior to the refund in accordance with the Law governing Social Security Pensions (contribution periods, substitute qualifying periods, credited periods, periods taken into consideration) cease to exist. This also applies to periods for which no contributions are refundable (e.g., periods for bringing up children, compulsory military service and alternative non-military service periods, periods for which retrospective contributions have been paid, contributions prior to rehabilitation measures or the date of the currency reform).

I herewith declare that I have answered all questions in this form to the best of my knowledge and belief. I am aware that the wilful statement of false facts may lead to prosecution under criminal law.

**12 Zahlungsweg
Payment of Refund**

Bei Aufenthalt im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden. <i>In case of residence abroad, application for non-cash payment may be made only by means of a written statement to this effect.</i>		
Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden: <i>The amount refunded is to be remitted to the following account:</i>		
Geldinstitut mit Ortsangabe/ <i>Name and address of financial institution</i>		
Bankleitzahl/ <i>Bank Code No.</i>	Kontonummer/ <i>Account No.</i>	

Nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll
*To be completed only if the amount is **not** to be remitted to the account of the applicant*

Kontoinhaber (Name, Vorname)/ <i>Account holder (surname, first name)</i>
Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)/ <i>Address (postal code, place of residence, street, house number)</i>

**13 Anlagen
Enclosures**

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragung 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 Bund, ihre Versichertenältesten 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.

*If **submission of insurance documents** is required, please send **originals** only. Insured persons who provide proof of the data required by means of the entries in the Work and Social Security Identity Card are entitled to obliterate the data not required by the pension insurance institution in a photocopy of the identity card (providing confirmation of conformity with the original). **Photocopies or copies of other documents and certificates also suffice provided their conformity with the original is confirmed.** Please obtain this confirmation (no official authentication) from the Information and Advisory Offices of the Insurance Institution for Salaried Employees (Deutsche Rentenversicherung Bund), its Versichertenälteste (i.e., persons serving in an honorary capacity to provide advice and assistance to insured persons and recipients of social security benefits), other social security agencies (e.g., health insurance funds), as well as the insurance offices or local government authorities and German diplomatic or consular representations abroad. This confirmation is free of charge. Confirmation provided by yourself or a lawyer, legal agent (i.e., person entitled to provide legal advice without being a lawyer), or pension consultant to the effect that the photostat or copy is in conformity with the original document, does **not** suffice.*

_____ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers
Carbon copies from Social Security Record Booklet or relevant machine vouchers from employer

_____ Versicherungskarten Nr. _____
Insurance Card No. _____

_____ Aufrechnungsbescheinigungen Nr. _____
Certificate of Total Social Security Contributions No.

_____ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet
Social Security Record Booklet covering periods of insurance in the territory of the German Democratic Republic

_____ knappschaftliche Beitragsunterlagen
Miners' Pension Fund documentation of contributions

_____ Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsausweis
Federal Expelled Persons and Refugees Identity Card

_____ Sterbeurkunde
Death Certificate

_____ sonstige Urkunden oder Beweismittel
Other documents or proof

Ort / Datum *Place / Date*

*Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers
Signature of Applicant*

Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 <i>Confirmation of Personal Status Data as per 2 and 3</i>	Bestätigungsfeld/Space reserved for confirmation
Es lag vor/ <i>The following were submitted:</i> <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis <i>Birth Certificate Identity Card</i>	
<input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Sterbeurkunde <i>Passport Death Certificate</i>	
	Stempel / Unterschrift / Datum <i>Stamp / Signature / Date</i>

Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle <i>Confirmation by Agency Receiving Application</i>	
Am/on	Datum der Antragstellung <i>Date of Application</i>
	ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden. <i>the application for a refund of contributions was submitted</i>
Bestätigungsvermerk/Receipt confirmed	
Datum / Stempel / Unterschrift der aufnehmenden Stelle <i>Date / stamp / signature of receiving officer</i>	