

Versicherungsnummer / Insurance number

 Kennzeichen /
Code

Eingangsstempel / Receipt Stamp

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und Personenstandsdaten des Versicherten angeben / Please quote the insurance number, the code and the insured's personal data in any communication

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Claim for refund of contributions for persons residing outside Germany

V901

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 zur Verfügung.

Please note: To enable us to properly decide on your claim we require some important information and documents from you. The legal basis for this is German Social Code Book Six (Sechstes Buch des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI -). Therefore, please answer the questions below completely and submit the requested documents as soon as possible. Your cooperation, as defined in sections 60 - 65 of the General Part of the German Social Code Book One, will enable us to quickly process your claim. Please note that we may deny your claim in full or in part if you fail to cooperate (§ 66 SGB I). If you need more claim forms you can also download them from the Internet at www.deutsche-rentenversicherung.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

1. Antragsart		Type of claim				
1.1	Erstattung an Versicherte	<input type="checkbox"/>	Refund to the insured person			
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	<input type="checkbox"/>	Refund to widows / widowers / surviving life partners / orphans			
2. Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten		Information about the insured person				
Name		Last name				
Vorname (Rufname)		First name (normally used)				
Geburtsname		Name at birth				
Frühere Namen		Other names used in the past				
Geburtsdatum		<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
Tag day	Monat month	Jahr year				
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)				

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? Beweismittel bitte beifügen	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are there any other survivors? If yes, please specify Please enclose proof			
	Witwe	<input type="checkbox"/>	widow			
	Witwer	<input type="checkbox"/>	widower			
	hinterbliebene Lebenspartnerin	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (female)			
	hinterbliebener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (male)			
	Halbwaise / Halbweisen	<input type="checkbox"/>	half orphan / half orphans			
	Vollwaise / Vollwaisen	<input type="checkbox"/>	orphan / orphans			
3.1.1	Name		Last name			
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)			
	Geburtsname		Name at birth			
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year			
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
Straße, Hausnummer		Street, house number				
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city				
Staat		State				
3.1.2	Name		Last name			
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)			
	Geburtsname		Name at birth			
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year			
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
Straße, Hausnummer		Street, house number				
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city				
Staat		State				

Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

4.	Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Beweismittel bitte beifügen	Claim filed by third parties The claim is filed by the following legal representative Please enclose proof
	Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als:	in the capacity of:
	gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>	legal representative
	Vormund <input type="checkbox"/>	guardian
	Betreuer <input type="checkbox"/>	person in charge / custodian
	Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	authorized representative
Straße, Hausnummer	Street, house number	
ggf. Postleitzahl, Wohnort	Postal code, if applicable, city	
Staat	State	
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Daytime telephone number (voluntary information)	
Telefax (Angabe freiwillig)	Fax number (voluntary information)	

Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you paid any (additional) contributions to the German state pension insurance scheme?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
5.4	Name des Versicherungsträgers		Name of pension insurance institution
	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht bei Ihnen angerechnet wurden? Falls ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen.	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have not yet been taken into account for your pension insurance? If so, please complete and enclose form V800 if these periods have neither been nor were to be taken into account for you or for any other entitled person.

6.	Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland	Information about insurance relationship outside Germany	
6.1	Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, der EWR, in der Schweiz oder in einem Abkommensstaat gezahlt oder Zeiten einer gesetzlichen Versicherung im Ausland zurückgelegt? (EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. Abkommensstaaten: Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Südkorea, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA)	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you paid any social security contributions in a Member State of the EU, the EEC, in Switzerland or in an agreement state or completed state insurance periods outside Germany? (EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom Agreement states: Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, Macedonia, Montenegro, Serbia, South Korea, Tunisia, Turkey, Uruguay, United States)
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad	

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden:		The funds are to be remitted to the following account in Europe (except Germany):
	IBAN (International Bank Account Number)		
	BIC (Bank Identifier Code)		
	Geldinstitut (Name, Ort)		Financial institution (name, city)
11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden:		The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe):
	Geldinstitut (Name, Anschrift)		Financial institution (name and address)
	Kontonummer		Account number
	Identifikationsnummer der Bank		Bank Identification Number
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll:		Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account:
	Kontoinhaber (Name, Vorname)		Account holder (last name, first name)
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Street, house number, postal code, city

12.	Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 durch eine amtliche Stelle (z. B. alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland)		Confirmation of personal information under numbers 2 and 3 by an official agency (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany)
	Es lag vor		Submitted document:
	Personalausweis	<input type="checkbox"/>	ID
	Reisepass	<input type="checkbox"/>	passport
	Einbürgerungsurkunde	<input type="checkbox"/>	Certificate of Naturalization
		<input type="checkbox"/>	
	Bestätigungsfeld		Confirmation field
	Stempel, Unterschrift, Datum		Stamp, signature, date

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

13.	Anlagen		Enclosures	
	Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen, von sonstigen Unterlagen und Urkunden erforderlich, bitten wir Sie, diese im Original einzusenden. Es genügen auch Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original durch eine amtliche Stelle (z. B. alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland) bestätigt ist. Es reicht nicht aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst, einer Kirchenbehörde oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wird.		If you are required to send us insurance documents, other documents and / or certificates please only send originals. You may also send us copies of the original documents if an official authority (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany) has confirmed their conformity with the original. Confirmation provided by yourself, an ecclesiastical authority, a lawyer, a legal agent (person entitled to provide legal advice without being a lawyer) or a pension consultant is not sufficient.	
	Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	<input type="checkbox"/>	Carbon copies from Social Security Record Booklet or relevant electronic vouchers from employer	
	Versicherungskarten Nummer	<input type="checkbox"/>	Insurance cards number	
	Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	<input type="checkbox"/>	Certificate of total contributions number	
	sonstige Versicherungsnachweise	<input type="checkbox"/>	Other proof of insurance	
	knappschaftliche Beitragsunterlagen	<input type="checkbox"/>	Documentation of contributions to the Miners' Pension Fund	
	Sterbeurkunde	<input type="checkbox"/>	Death certificate	
	sonstige Urkunden oder Beweismittel	<input type="checkbox"/>	Other documents or proof	
Ort, Datum			Place, date	
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers			Signature of claimant	