Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

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

Deutsche Rentenversicherung

Eingangsstempel

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

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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).
Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.
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 Sozialgesetzbuch). Therefore, please answer the questions below completely and submit the requested docments 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).
For information on how your personal information is used and your rights please read our Privacy Policy on our website: www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. We will be happy to send you this information at your request.
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	☐	Refund to the insured person
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	☐	Refund to widows / widowers / surviving life partners / orphans

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

2	**Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten**		**Information about the insured person**
	Name		Last name
	Vorname		First name
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)
	Geburtsname		Name at birth
	Frühere Namen		Other names used in the past
	Geburtsdatum	Tag Day / Monat Month / Jahr Year	Date of birth
	Geschlecht	☐ männlich male ☐ weiblich female ☐ ohne Eintrag no entry ☐ divers gender diverse	Sex
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Geburtsort (Kreis, Land)		Place of birth (city, province, state)
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	Adresszusatz		Address - additional information
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence
	Staat		State
	Telefon		Phone
	Telefax		Fax
	Datum der Ausreise aus Deutschland	Tag Day / Monat Month / Jahr Year	Date on which the insured person left Germany
	Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Last address in the Federal Republic of Germany (Street, house number, postal code, place)

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

3	**Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise** (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) **Sterbeurkunde bitte beifügen**		**Information about widow / widower, surviving life partner or orphan** (only in case of claim according to number 1.2) **Please enclose death certificate**
	Name		Last name
	Vorname		First name
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum	Tag Day / Monat Month / Jahr Year	Date of birth
	Geschlecht	☐ männlich male ☐ weiblich female ☐ ohne Eintrag no entry ☐ divers gender diverse	Sex
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Familienstand		Marital status
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	Adresszusatz		Address - additional information
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence
	Staat		State
	Telefon		Phone
	Telefax		Fax

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? **Beweismittel bitte beifügen**	☐ nein no ☐ ja yes	Are there any other survivors? If yes, please specify **Please enclose proof**
	Witwe	☐	widow
	Witwer	☐	widower
	hinterbliebene Lebenspartnerin	☐	surviving life partner (female)
	hinterbliebener Lebenspartner	☐	surviving life partner (male)
	Halbwaise / Halbwaisen	☐	half orphan / half orphans
	Vollwaise / Vollwaisen	☐	orphan / orphans
3.1.1	Name		Last name
	Vorname		First name
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum	Tag Day Monat Month Jahr Year	Date of birth
	Geschlecht	☐ männlich male ☐ weiblich female ☐ ohne Eintrag no entry ☐ divers gender diverse	Sex
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	Adresszusatz		Address - additional information
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence
	Staat		State

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

3.1.2	Name		Last name
	Vorname		First name
	Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Name affixes (for example: Dame, count)
	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)		Name prefixes (for example: von, van, de)
	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		Title (for example: Dr.)
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum	Tag Day Monat Month Jahr Year	Date of birth
	Geschlecht	☐ männlich male ☐ weiblich female ☐ ohne Eintrag no entry ☐ divers gender diverse	Sex
	Staatsangehörigkeit (gegebenenfalls weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	Adresszusatz		Address - additional information
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence
	Staat		State

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 (gegebenenfalls Aktenzeichen)		Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als:		in the capacity of:
	gesetzlicher Vertreter	☐	legal representative
	Vormund	☐	guardian
	Betreuer	☐	person in charge / custodian
	Bevollmächtigter	☐	authorized representative

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

	Straße, Hausnummer		Street, house number
	Adresszusatz		Address - additional information
	Postleitzahl, Wohnort		Postal code, place of residence
	Staat		State
	Telefon		Phone
	Telefax		Fax

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

5	**Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen**		**Information about German insurance relationship - please enclose all available insurance documents**
5.1	Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?	☐ nein (weiter bei Ziffer 5.2) no (continue to No. 5.2) ☐ ja yes	Has a German insurance record already been issued?
	Ist er vollständig und richtig?	☐ nein no ☐ ja (weiter bei Ziffer 6) yes (continue to No. 6)	Is the record complete and correct?

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

Are there any other contribution periods or working periods of yours which are **not** included in the insurance record or in the attached insurance documents?

Zeitraum vom - bis Period from - to Tag Monat Jahr Day Month Year	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) Please describe exactly what job or jobs you did (e.g. not "clerk", but "accountant")	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig" Employer (Name, head office and type of enterprise) or "self-employed"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt? To which health insurance fund and to which pension insurance scheme were contributions paid?

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

	Zeitraum vom - bis Period from - to Day Tag Month Monat Year Jahr	Genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter) Please describe exactly what job or jobs you did (e.g. not "clerk", but "accountant")	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig" Employer (Name, head office and type of enterprise) or "self-employed"	An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt? To which health insurance fund and to which pension insurance scheme were contributions paid?

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? vom bis Name des Versicherungsträgers	☐ nein no ☐ ja yes Tag Monat Jahr Day Month Year Tag Monat Jahr Day Month Year	Have you paid any (additional) contributions to the German state pension insurance scheme? from to Name of pension insurance institution
5.4	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden? Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen.	☐ nein no ☐ ja yes	Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have **not** yet or not completely been taken into account for your pension insurance? If so, please complete and enclose form V0800 if these periods have neither been nor were to be taken into account for you or for any other entiled person.

Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

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, im Vereinigten Königreich oder in einem Abkommensstaat gezahlt oder Zeiten einer gesetzlichen Versicherung im Ausland zurückgelegt? (**EU / EWR:** Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern **Abkommensstaaten:** Albanien, Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Indien, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Nordmazedonien, Montenegro, Philippinen, Republik Korea, Republik Moldau, Serbien, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA)	☐ nein no ☐ ja yes	Have you paid any social security contributions in a Member State of the EU, the EEC, in Switzerland, in United Kingdom 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, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland **Agreement states:** Albania, Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, India, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, North Macedonia, Montenegro, Philippines, Republic of Korea, Republic of Moldova, Serbia, Tunisia, Turkey, Uruguay, United States)
	vom	Tag Monat Jahr Day Month Year	from
	bis	Tag Monat Jahr Day Month Year	to
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
	vom	Tag Monat Jahr Day Month Year	from
	bis	Tag Monat Jahr Day Month Year	to
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad

Versicherungsnummer / Insurance number | Kennzeichen / Code

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
6.2	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?	☐ nein no ☐ ja yes	Have you, after completion of age 15, habitually resided in Denmark or in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries: Australia, Canada / Quebec, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
	vom	Tag Day Monat Month Jahr Year	from
	bis	Tag Day Monat Month Jahr Year	to
	Staat		State
	vom	Tag Day Monat Month Jahr Year	from
	bis	Tag Day Monat Month Jahr Year	to
	Staat		State
6.3	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	☐ nein no ☐ ja yes	Are you currently liable to pay contributions to a state pension insurance scheme outside Germany?
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
6.4	Sind Sie nach dem Recht eines anderen Staates der EU / EWR oder der Schweiz beziehungsweise im Vereinigten Königreich aktuell in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert? (**EU / EWR:** Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern)	☐ nein no ☐ ja yes	Do you currently pay voluntary contributions to a state pension insurance fund under the law of another Member State of the EU / EEA or Switzerland or United Kingdom? (**EU / EEA:** Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland)

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
6.5	**Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:**		**If the claim is submitted to a pension agency outside Germany:**
	Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.		The official seal confirms the correctness of the above information under question 6 insofar as it relates to the law of the respective state.
	Ort, Datum, Unterschrift		Place, date, signature

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
7	**Ehescheidung und Versorgungsausgleich**		**Divorce and pension rights adjustment**
	War oder ist ein Ehescheidungsverfahren beziehungsweise ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft oder ein damit zusammenhängendes Verfahren über den Versorgungsausgleich bei einem deutschen Gericht anhängig?	☐ nein no ☐ ja yes	Are divorce proceedings or proceedings for annulment of the registered life partnership or related proceedings regarding pension rights adjustment pending before a German court?
	Familiengericht		Family court
	Aktenzeichen		File / reference number

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

8	**Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung** **Beweismittel bitte beifügen**		**Benefits received from the state insurance pension fund** **Please enclose proof**
8.1	Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind - oder eine Beitragserstattung)?	☐ nein no ☐ ja yes	Have you claimed and / or received any German benefits (e.g. benefits on account of occupational disability / incapacity to work or reduced earning capacity, benefits for medical rehabilitation or participation in working life and / or contributions towards medication and auxiliary aids - also for your spouse / registered life partner / child - or a refund of contributions)?
	Art der Leistung		Type of benefit
	Versicherungsträger		Insurance agency
	Versicherungsnummer		Insurance number
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?	☐ nein no ☐ ja yes	Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

9	**Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene** (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) **Beweismittel bitte beifügen**		**Additional information in case of refund to survivors** (only in case of claim according to number 1.2) **Please enclose proof**
9.1	Todestag	Tag Day / Monat Month / Jahr Year	Day of death
	Todesursache		Cause of death
	Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	☐ nein no ☐ ja yes	Did the insured person's death occur through an accident, industrial accident or an occupational disease or as result of military or paramilitary service?

Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung?		When did the deceased person attend school / vocational training?
	vom	Tag Monat Jahr Day Month Year	from
	bis	Tag Monat Jahr Day Month Year	to

10	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration by claimant
	Es ist mir 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 (zum Beispiel 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.	I know that a refund of contributions dissolves the former insurance relationship. All entitlements based on social security credits acquired prior to the refund (contribution periods, substitute periods, accounted periods, credited periods) ceased 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, contributions prior to medical rehabilitation benefits or for participation in working life). I declare that to the best of my knowledge the information given in this form is true and complete. I am aware that if I have deliberately given false information action may be taken against me.

11	Zahlungsweg	Payment of refund
11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:	The funds are to be remitted to the following account in the Federal Republic of Germany:
	IBAN (International Bank Account Number) D E	
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)
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: Geldinstitut (Name, Anschrift)		The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe): 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: Kontoinhaber (Name, Vorname)		Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account: Account holder (last name, first name)
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort		Street, house number, postal code, city

Zutreffendes bitte ankreuzen — Please tick where appropriate

12	Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 durch eine amtliche Stelle (zum Beispiel 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	☐	ID
	Reisepass	☐	passport
	Einbürgerungsurkunde	☐	Certificate of Naturalization
		☐	
	Bestätigungsfeld Stempel, Unterschrift, Datum		Confirmation field Stamp, signature, date

Versicherungsnummer / Insurance number	Kennzeichen / Code

13	Anlagen	Enclosures
	Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, Fotokopien einzusenden, sofern wir nicht ausdrücklich Originalunterlagen oder Fotokopien beziehungsweise Abschriften anfordern, auf denen die Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist. Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen nicht. In Fotokopien des Ausweises für Arbeit und Sozialversicherung können Sie die Daten unkenntlich machen, die für den Rentenversicherungsträger nicht erforderlich sind. Ist eine Bestätigung (keine amtliche Beglaubigung) erforderlich, kann diese durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater beziehungsweise Versichertenälteste, durch die anderen Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen), durch die Versicherungsämter oder die Stadtverwaltungen oder Gemeindeverwaltungen oder die deutschen Auslandsvertretungen vorgenommen werden; die Bestätigung erfolgt kostenlos. 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 have to submit insurance documents and records, we kindly ask you to forward copies of these documents unless otherwise requested, i.e. unless you have been asked to submit original documents, transcripts or certified copies. Please do not clip or staple the documents you submit. Data which is of no importance to the insurance institution can be made unrecognizable on the copies of the insurance card. If you have to provide certified copies (not officially certified), these can be made by the information centres ("Auskunfts- und Beratungsstellen") of Deutsche Rentenversicherung, insurance consultants or social insurance deputies, other social services (e.g. health insurance funds), insurance offices, city administrations or municipal authorities, or by Germany's diplomatic and consular missions abroad. The confirmation is free of charge. Please note that it is not sufficient to have the confirmation of the copies made by yourself, church authorities, lawyers, legal counsellors or a pension advisers.

	Zutreffendes bitte ankreuzen		Please tick where appropriate
	Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers	☐	Carbon copies from Social Security Record Booklet or relevant electronic vouchers from employer
	Versicherungskarten Nummer	☐	Insurance cards number
	Aufrechnungsbescheinigungen Nummer	☐	Certificate of total contributions number
	sonstige Versicherungsnachweise	☐	Other proof of insurance
	knappschaftliche Beitragsunterlagen	☐	Documentation of contributions to the Miners' Pension Fund
	Sterbeurkunde	☐	Death certificate
	sonstige Urkunden oder Beweismittel	☐	Other documents or proof
	Ort, Datum		Place, date
	Unterschrift der antragstellenden Person		Signature of claimant