



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Geburtsort (Kreis, Land)		Place of birth (city, province, state)						
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)						
Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td>   </td> <td>   </td> <td>       </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date on which the insured person left Germany
Tag day	Monat month	Jahr year						
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Last address in the Federal Republic of Germany (Street, house number, postal code, place)						

<b>3</b>	<b>Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2)	<b>Information about widow / widower, surviving life partner or orphan</b> (only in case of claim according to number 1.2)							
	<b>Sterbeurkunde bitte beifügen</b>	<b>Please enclose death certificate</b>							
	Name	Last name							
	Vorname	First name							
	Geburtsname	Name at birth							
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td>   </td> <td>   </td> <td>       </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year						
	Familienstand	Marital status							
	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.

3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? <b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are there any other survivors?  If yes, please specify <b>Please enclose proof</b>						
	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 / Halbwaisen	<input type="checkbox"/>	half orphan / half orphans						
	Vollwaise / Vollwaisen	<input type="checkbox"/>	orphan / orphans						
3.1.1	Name		Last name						
	Vorname		First name						
	Geburtsname		Name at birth						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year						
	Straße, Hausnummer		Street, house number						
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city							
Staat		State							
3.1.2	Name		Last name						
	Vorname		First name						
	Geburtsname		Name at birth						
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year				Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year						
	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.

<b>4.</b>	<b>Antragstellung durch andere Personen</b> Der Antrag wird in Vertretung gestellt von <b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>Claim filed by third parties</b> The claim is filed by the following legal representative <b>Please enclose proof</b>
	Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als:  gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/>  Vormund <input type="checkbox"/>  Betreuer <input type="checkbox"/>  Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>	in the capacity of:  legal representative  guardian  person in charge / custodian  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.

<b>5.</b>	<b>Angaben zum Versicherungsverhältnis in Deutschland - sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen</b>		<b>Information about German insurance relationship - please enclose all available insurance documents</b>		
5.1	<p>Wurde bereits ein deutscher Versicherungsverlauf erteilt?</p> <p style="padding-left: 40px;">nein (weiter bei Ziffer 5.2) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">ja <input type="checkbox"/></p> <p>Ist er vollständig und richtig?</p> <p style="padding-left: 40px;">ja (weiter bei Ziffer 6) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">nein (weiter bei Ziffer 5.2) <input type="checkbox"/></p>		<p>Has a German insurance record already been issued?</p> <p style="padding-left: 40px;">no (continue at 5.2)</p> <p style="padding-left: 40px;">yes</p> <p>Is the record complete and correct?</p> <p style="padding-left: 40px;">yes (continue at 6)</p> <p style="padding-left: 40px;">no (continue at 5.2)</p>		
5.2	<p>Welche (weiteren) Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten haben Sie in Deutschland zurückgelegt (z. B. als Lehrling, Angestellter, Arbeiter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Künstler, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bundesfreiwilligendienstleistender, Bezieher von Lohnersatzleistungen oder Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 1.4.1995, geringfügig entlohnter Beschäftigter ab 1.4.1999)?</p>		<p>Do you have (other) contribution and / or employment periods in Germany (e. g. as apprentice, salaried employee, wage earner, mining employee, seaman, self-employed person, artist, person performing compulsory military service or alternative non-militaryservice, person performing federal volunteer service, recipient of wage replacement benefits or early retirement pension, person providing nursing care since 1. April 1995, carrying out insignificant employment since 1. April 1999)?</p>		
	<p>Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)</p> <p>Period from - to (day, month, year)</p>	<p>Genau Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z. B. nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)</p> <p>Please describe exactly what job or jobs you did (e.g. not "clerk", but "accountant")</p>	<p>Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) bzw. Vermerk "selbständig"</p> <p>Employer (Name, head office and type of enterprise) or "self-employed"</p>	<p>An welche Krankenkasse und zu welchem Rentenversicherungsträger wurden Beiträge gezahlt?</p> <p>To which health insurance fund and to which pension insurance scheme were contributions paid?</p>	

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)
	Name des Versicherungsträgers		Name of pension insurance institution
5.4	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher <b>nicht</b> bei Ihnen angerechnet wurden?	<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 <b>not</b> yet been taken into account for your pension insurance?
	Falls ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen.		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?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
	<p>(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.</p> <p><b>Abkommensstaaten:</b> Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Südkorea, Türkei, Tunesien, USA)</p>	<p>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?</p> <p>(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</p> <p><b>Agreement states:</b> Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, Macedonia, Montenegro, Serbia, South Korea, Tunisia, Turkey, United States)</p>
	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.

7.	<b>Ehescheidung und Versorgungsausgleich</b>	<b>Divorce and pension rights adjustment</b>	
	War oder ist ein Ehescheidungsverfahren bzw. ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft oder ein damit zusammenhängendes Verfahren über den Versorgungsausgleich bei einem deutschen Gericht anhängig?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> 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

8.	<b>Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung</b>	<b>Benefits received from the state insurance pension fund</b>	
	<b>Beweismittel bitte beifügen</b>	<b>Please enclose proof</b>	
8.1	Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (z. B. 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)?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you claimed and / or received any German benefits (eg. 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?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate.

9.	<b>Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene</b> (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) <b>Beweismittel bitte beifügen</b>		<b>Additional information in case of refund to survivors</b> (only in case of claim according to number 1.2) <b>Please enclose proof</b>			
	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 bzw. Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> 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?
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung bzw. Berufsausbildung? vom - bis (Tag, Monat, Jahr)					When did the deceased person attend school / vocational training? from - to (day, month, year)

10.	<b>Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers</b>	<b>Declaration by claimant</b>
	<p>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 (z. B. Kindererziehungszeiten, Wehr- und Zivildienstzeiten, Nachversicherungszeiten, Beiträge vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben).</p> <p>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.</p>	<p>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).</p> <p>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.</p>

11.	<b>Zahlungsweg</b>	<b>Payment of refund</b>
	11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:
		IBAN (International Bank Account Number)
		D E
		BIC (Bank Identifier Code)
Geldinstitut (Name, Ort)		Financial institution (name, city)



Versicherungsnummer / Insurance number

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate.

<b>13.</b>	<b>Anlagen</b>		<b>Enclosures</b>	
	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	