

Antrag auf Kontenklärung für Geburtsjahrgänge bis einschließlich 1978 (kein Rentenantrag)

Hinweis: Um Ihr Versicherungskonto überprüfen und ergänzen 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 erleichtert uns eine raschere Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Abs. 4 SGB VI. Danach sind Sie verpflichtet, alle für die Kontenklärung erheblichen Tatsachen anzugeben und uns die notwendigen Urkunden und sonstigen Beweismittel zur Verfügung zu stellen.



Eingangsstempel

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

Sollten Sie zu einer Frage weitere Auskunft benötigen, finden Sie Näheres in den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110).

1 Angaben zur Person	
Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	Frühere Namen
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsort (Kreis, Land)	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)
Straße, Hausnummer	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort
Wohnsitz am 18.05.1990 (Ort, Bundesland, Staat)	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)
Zuzug aus dem Ausland?	Ort, Gebiet, Staat
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am	aus
Tag Monat Jahr	Ort, Bundesland
	nach
Bestätigung der Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1)	Bestätigungsfeld
Es lag vor <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis	
	Stempel, Unterschrift, Datum

2 Antragstellung durch andere Personen	
Der Antrag wird in Vertretung gestellt von Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts 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, E-Mail (Angabe freiwillig)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

3 Beitragszeiten im Inland

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitritsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 4)

Beweismittel bitte beifügen

3.1 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind? Näheres finden Sie in den Erläuterungen.

nein ja, dann hier bitte genaue Angaben über Art und Dauer eintragen
- ggf. weitere Angaben auf dem Vordruck V105 eintragen
(Angaben sind entbehrlich, wenn es sich um Zeiten vor dem 01.01.1992 im Beitritsgebiet handelt.)

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

3.2 Waren Sie während der unter Ziffer 3.1 eingetragenen Zeiten teilzeitbeschäftigt?

nein ja vom - bis wöchentliche Arbeitszeit in Stunden volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

3.3 Standen Sie vor dem 01.01.1967 in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?

nein ja vom - bis Name und Verwandtschaftsverhältnis

3.4 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind?

nein ja vom - bis Versicherungsträger

3.5 Haben Sie einen Antrag auf Nachversicherung für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine Nachversicherung bereits durchgeführt?

nein ja bei welcher Stelle Aktenzeichen

3.6 Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis zum 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitritsgebiet)?

nein ja vom - bis Grund

3.7 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z. B. bei Frauen wegen Heirat)?

nein ja wann Versicherungsträger Aktenzeichen

3.8 Wurden für Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** als "Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung" gekennzeichnet sind?

nein ja vom - bis Bezeichnung der Einrichtung

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

4 Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurden Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5 ja, sind diese Zeiten (einschließlich FZR) im Sozialversicherungsausweis vollständig enthalten?

nein, bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen und bitte weiter bei Ziffer 4.2

ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen und bitte weiter bei Ziffer 4.2

4.2 Sind Sie vor dem 03.10.1976 geboren?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5 ja

4.3 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen? Nur angeben, wenn der tatsächliche sozialversicherungspflichtige Arbeitsverdienst über der damaligen Höchstgrenze für die Beitragspflicht von 600,- M monatlich gelegen hat.

vom - bis damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort

nein ja

4.4 Waren Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?

vom - bis Aufenthaltssort

nein ja

4.5 Haben Sie einem Zusatz- oder Sondersversorgungssystem angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?

vom - bis Versorgungssystem

nein ja

Art der Ausbildung bzw. des ausgeübten Berufs

4.6 Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sondersversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein (z. B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE - / Hauptamtlicher Inoffizieller Mitarbeiter - HIM -)?

vom - bis

nein ja

4.7 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?

vom - bis bei

nein ja

4.8 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

5 Zeiten im Ausland Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Zeiten im Ausland zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6 ja

5.2 Haben Sie im Ausland Beiträge zu einem Versicherungsträger bzw. Versorgungsträger gezahlt, Zeiten einer gesetzlichen Versicherung zurückgelegt, Versorgungsanwartschaften erworben oder Dienstzeiten bei einem Organ der EU zurückgelegt? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, Selbständige, Landwirte).

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

nein ja

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

vom - bis Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

5.3 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?

vom - bis Staat

nein ja

5.4 Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein ja, sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein ja, bitte Vordruck V720 ausfüllen und beifügen

5.5 Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein ja, bitte Vordruck V710 (für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten),
Vordruck V711 (für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten),
Vordruck V712 (für Zeiten in Rumänien)
ausfüllen und beifügen

6 Angaben zu Ersatzzeiten

Beweismittel bitte beifügen

(z. B. Vertreibung und Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind)
Näheres finden Sie in den Erläuterungen.

Haben Sie Ersatzzeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -

nein ja, bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen

7 Angaben zu Anrechnungszeiten

Beweismittel bitte beifügen

(z. B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)
Näheres finden Sie in den Erläuterungen.

7.1 Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein ja, bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen

7.2 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.06.1983 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte mit "nein".

nein, bitte weiter bei Ziffer 8 ja, bitte Vordruck R870 ausfüllen und beifügen

7.3 Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am bei welcher Stelle

nein ja Aktenzeichen

8 Angaben zu Kindern

8.1 Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten noch **nicht** beantragt worden sind

8.2 Werden Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (frühestens ab dem 01.01.1992) geltend gemacht?

Bitte Bescheid über Pflegeleistungen beifügen
Kindschaftsverhältnis

vom - bis zum Haushalt gehörendes Stiefkind

nein ja leibliches Kind Pflegekind zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (auch ohne Abschluss) zurückgelegt?

nein ja, weitere Angaben nur erforderlich, wenn diese Zeiten im Versicherungsverlauf noch **nicht** als "berufliche Ausbildung" gekennzeichnet sind.

vom - bis _____ Art der Berufsausbildung _____

vom - bis _____ Art der Berufsausbildung _____

Nachweise sind beigefügt liegen nicht mehr vor werden nachgereicht

9.2 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf eigene Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis?

nein ja Versorgungsdienststelle _____

Aktenzeichen _____

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten ist beigefügt liegt nicht vor

9.3 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine Rente aus eigener Versicherung oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)?

nein ja seit / bis / beantragt am _____ Versicherungsträger (ggf. ausländischer Versicherungsträger) _____

Versicherungsnummer _____

ggf. Grund der Ablehnung _____

9.4 Besteht oder bestand für Sie eine Versicherung bei der Künstlersozialkasse?

nein ja vom - bis _____ Aktenzeichen _____

9.5 Haben Sie auf einem Rheinschiff eine Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit ausgeübt?

nein ja vom - bis _____ Berufsbezeichnung _____

Sitz des Arbeitgebers _____

10 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

als Großdruck

in Braille (Kurzschrift)

in Braille (Vollschrift)

als CD (Schrift- / Textdatei im ".doc"-Format)

als Hörmedium (Kassette)

als Hörmedium (CD-DAISY Format)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Unterlagen über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten auf Seite 1 dieses Antrags nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

Ist die Vorlage von Versicherungsunterlagen erforderlich, bitten wir Sie, diese im Original einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen 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, deren Versichertenberater / -innen bzw. Versichertenälteste 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.

Anlagen