

## Antrag auf Beitragserstattung

**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).

Eingangsstempel



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

### 1 Antragsart

- 1.1** Erstattung an Versicherte, die nicht versicherungspflichtig sind und nicht das Recht zur freiwilligen Versicherung haben nach einer Wartefrist von 24 Kalendermonaten
- 1.2** Erstattung an Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet und die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben
- 1.3** Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen, wenn wegen nicht erfüllter allgemeiner Wartezeit ein Anspruch auf Rente wegen Todes nicht besteht

### 2 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)			
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

#### 2.1 Bei Auslandsaufenthalt (bitte aktuelle Wohnsitzbescheinigung beifügen)

Datum der Ausreise	Letzte Anschrift im Bundesgebiet (Wohnort, Straße, Hausnummer)
Auslandsanschrift (ortsübliche Schreibweise)	

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

Name		Vornamen	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort	Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig)	

### 4 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)	

Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3  
Es lag vor

<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/>	Personalausweis
<input type="checkbox"/>	Reisepass	<input type="checkbox"/>	Sterbeurkunde

Bestätigungsfeld

Stempel, Unterschrift, Datum

**5 Angaben zum Versicherungsverhältnis** **sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

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

nein  ja (Bitte hier in zeitlicher Reihenfolge seit Schulentlassung genau aufführen)

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	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 ehem. DDR)?
<b>Beispiel</b> 15.11.1961- 31.03.1962	Buchhalterin	Firma Lehne, Berliner Str. 15, 76185 Karlsruhe Kleinföbelhersteller	mtl. 500,- DM	AOK Karlsruhe BfA

**5.2** Wurden Beiträge zu einem ausländischen Versicherungsträger gezahlt?  
vom - bis Staat, Versicherungsträger, ausländische Versicherungsnummer

nein  ja

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

**5.3** Wurden **freiwillige** Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?  
vom - bis Name des Versicherungsträgers

nein  ja

**5.4** Werden Kindererziehungszeiten / Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?  
 nein, bzw. Anrechnung erfolgt bei einem anderen Berechtigten  ja (bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen)

**5.5** 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?  
bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein  ja

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 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?  
vom - bis Grund

nein  ja

**5.6** Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die mit einem Arbeitgeber Nettoarbeitsentgelte vereinbart waren?  
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein  ja

**5.7** Wurden Ersatzzeiten (z. B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?  
vom - bis Art der Ersatzzeit

nein  ja

**5.8** Haben Sie einen Antrag auf Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet nach dem Beruflichen Rehabilitierungsgesetz (BerRehaG) gestellt?  
bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein  ja

**6 Angaben zur Beitragstragung** **Beweismittel bitte beifügen**

**6.1** Wurde jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld (ab 01.01.1996 Winterausfallgeld) oder Konkursausfallgeld (für Insolvenzergebnisse ab 01.01.1999: Insolvenzgeld) bezogen?  
vom - bis Art der Leistung Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein  ja

**6.2** Wurde vor dem 01.05.1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet?  
vom - bis

nein  ja

**6.3** Wurde ein freiwilliges soziales Jahr / freiwilliges ökologisches Jahr im Sinne des Gesetzes zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres / freiwilligen ökologischen Jahres abgeleistet?  
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein  ja

**6.4** Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber die Beiträge wegen des geringen Bruttoarbeitsentgelts allein getragen hat (z. B. während eines Lehrverhältnisses)?  
vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein  ja

**Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	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)?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>
<input type="checkbox"/>	Sind für einen behinderten Menschen 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?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>
<input type="checkbox"/>	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?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>
<input type="checkbox"/>	Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / ab 01.01.2001 nach dem Infektionsschutzgesetz gezahlt?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>
<input type="checkbox"/>	Wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Ausgleichsgeld für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gezahlt?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis</small>
<input type="checkbox"/>	Wurden für eine Beschäftigung in der Zeit vom 01.01.1997 bis 31.03.2003 Beiträge vom Arbeitgeber im Haushalts-scheckverfahren gezahlt?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>
<input type="checkbox"/>	Haben Sie eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unter 300,- DM / 153,39 EUR oder ab 01.01.2002 unter 155,- EUR monatlich ausgeübt und auf die Versicherungsfreiheit verzichtet?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers</small>

**7 Angaben zur Übertragung von Rentenanwartschaften**

<input type="checkbox"/>	Ist ein Ehescheidungsverfahren oder ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft anhängig?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>Familiengericht, Aktenzeichen</small>
<input type="checkbox"/>	Wurde eine Ehe nach dem 30.06.1977 aufgelöst / eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertragung oder Begründung von Anwartschaften in der gesetzlichen Rentenversicherung) bereits entschieden worden?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist</small>
<input type="checkbox"/>	Falls ja: Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>Familiengericht, Aktenzeichen</small>

**8 Sonstige Angaben (nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)****Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	Besteht derzeit Versicherungsfreiheit oder Befreiung von der Versicherungspflicht als Beamter, Richter, Geistlicher, Soldat auf Zeit oder Berufssoldat der Bundeswehr, Angestellter oder Arbeiter mit Versorgungsanwartschaft, Ruhestandsbeamter nach Erreichen einer Altersgrenze, Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Pflichtmitglied einer berufsständischen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, Selbständiger mit einem Auftraggeber / arbeitnehmerähnlicher Selbständiger?				
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja		
<input type="checkbox"/>	Sofern Versicherungsfreiheit besteht: Sind Sie zzt. ohne Dienstbezüge beurlaubt?				
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>Name und Anschrift des Arbeitgebers, wenn während der Beurlaubung eine Beschäftigung ausgeübt wird</small>	
<input type="checkbox"/>	Sofern Sie als Selbständiger von der Versicherungspflicht befreit sind: Haben Sie nach Beginn der Befreiung				
<input type="checkbox"/>	mindestens einen <b>versicherungspflichtigen</b> Arbeitnehmer eingestellt?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja <small>Seit wann?</small>
<input type="checkbox"/>	die selbständige Tätigkeit beendet?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja <small>Seit wann?</small>
<input type="checkbox"/>	die Tätigkeit im Wesentlichen für mehr als einen Auftraggeber ausgeführt?	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja <small>Seit wann?</small>

**9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung****Beweismittel bitte beifügen**

<input type="checkbox"/>	Wurden Sach- oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (z. B. Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind -)?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Art der Leistung</small>
<input type="checkbox"/>				<small>Bewilligende Stelle Aktenzeichen</small>
<input type="checkbox"/>	Wurden jemals Rentenversicherungsbeiträge zurückgezahlt oder erstattet?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis Stelle, die zurückgezahlt oder erstattet hat</small>
<input type="checkbox"/>				<small>Grund der Erstattung Datum des Bescheides Aktenzeichen</small>
<input type="checkbox"/>	Falls ja: Sind Beitragszeiten im Beitrittsgebiet vor dem 19.05.1990 oder Ersatzzeiten (siehe Ziffer 5.7) zurückgelegt worden?			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<small>vom - bis</small>

**10 Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene** (nur bei Antrag nach Ziffer 1.3) **Beweismittel bitte beifügen**

**10.1** Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit 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?

nein  ja Todesursache festgestellt von

**10.2** Ist der Tod des Versicherten innerhalb von sechs Jahren nach Beendigung einer Schul- oder Berufsausbildung eingetreten?

nein  ja

**10.3** Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

nein  ja  Witwe  Witwer  hinterbliebene Lebenspartnerin  hinterbliebener Lebenspartner  
 Halbwaise(n)  Vollwaise(n)  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift

**11 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

Es ist mir bekannt, dass mit der Beitragerstattung 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).

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.

**12 Zahlungsweg**

Bei Aufenthalt im Ausland oder bei Zahlung auf ein Konto im Ausland kann die unbare Zahlung nur mit Zahlungserklärung beantragt werden (Vordruck R851)

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Geldinstitut mit Ortsangabe

<small>Bankleitzahl</small>	<small>Kontonummer</small>
-----------------------------	----------------------------

Nur ausfüllen, wenn der Betrag **nicht** auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

**13 Anlagen**

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 Auskunft- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, 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.

- |  |  |
|--|--|
| _____ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers | _____ knappschaftliche Beitragsunterlagen        |
| _____ Versicherungskarten Nr. _____  | _____ Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsausweis |
| _____ Aufrechnungsbescheinigungen Nr. _____  | _____ Sterbeurkunde                              |
| _____ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet   | _____ sonstige Urkunden oder Beweismittel        |

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle**

<small>Datum der Antragstellung</small>	
Am	ist der Antrag auf Beitragerstattung gestellt worden.
<small>Bestätigungsvermerk</small>	
<small>Datum, Stempel, Unterschrift der aufnehmenden Stelle</small>	