

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).



Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

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 die Regelaltersgrenze erreicht 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)			
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	
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
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

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

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

6 Angaben zur Beitragstragung Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld (ab 01.01.1996 Winterausfallgeld) oder Konkursausfallgeld (für Insolvenzergebnisse ab 01.01.1999 Insolvenzgeld) bezogen?

vom - bis Art der Leistung

nein ja _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.2 Haben Sie vor dem 01.05.1961 Wehrdienst oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet?

vom - bis

nein ja

6.3 Haben Sie 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 _____

6.5 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)?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

6.6 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?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

6.7 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?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

6.8 Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / ab 01.01.2001 nach dem Infektionsschutzgesetz gezahlt?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

6.9 Wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Ausgleichsgeld für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gezahlt?

vom - bis

nein ja _____

6.10 Wurden für eine Beschäftigung in der Zeit vom 01.01.1997 bis 31.03.2003 Beiträge vom Arbeitgeber im Haushaltsscheckverfahren gezahlt?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

6.11 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?

vom - bis Name und Anschrift des Arbeitgebers

nein ja _____

7 Angaben zur Übertragung von Rentenanswartschaften

7.1 Ist ein Ehescheidungsverfahren oder ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft anhängig?

Familiengericht, Aktenzeichen

nein ja _____

7.2 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?

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist

nein ja _____

Falls ja: Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?

Familiengericht, Aktenzeichen

nein ja _____

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

8 Sonstige Angaben (nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)

Beweismittel bitte beifügen

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?

nein ja

Sofern Versicherungsfreiheit besteht: Sind Sie zzt. ohne Dienstbezüge beurlaubt?

Name und Anschrift des Arbeitgebers, wenn während der Beurlaubung eine Beschäftigung ausgeübt wird

nein ja

Sofern Sie als Selbständiger von der Versicherungspflicht befreit sind:
Haben Sie nach Beginn der Befreiung

mindestens einen **versicherungspflichtigen** Arbeitnehmer eingestellt? nein ja

Seit wann?

Seit wann?

die selbständige Tätigkeit beendet? nein ja

Seit wann?

die Tätigkeit im Wesentlichen für mehr als einen Auftraggeber ausgeführt? nein ja

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung

Beweismittel bitte beifügen

9.1 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 -)?

nein ja

vom - bis _____ Art der Leistung _____

Bewilligende Stelle _____ Aktenzeichen _____

9.2 Wurden jemals Rentenversicherungsbeiträge zurückgezahlt oder erstattet?

nein ja

vom - bis _____ Stelle, die zurückgezahlt oder erstattet hat _____

Grund der Erstattung _____

Datum des Bescheides _____ Aktenzeichen _____

Falls ja: Sind Beitragszeiten im Beitrittsgebiet vor dem 19.05.1990 oder Ersatzzeiten (siehe Ziffer 5.7) zurückgelegt worden?

nein ja

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 _____

