

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

Eingangsstempel

**V0100****Antrag auf Kontenklärung (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 rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten.

In welchem Umfang Ihre Mithilfe benötigt wird, ergibt sich aus § 149 Absatz 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. Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0110).

**1 Angaben zur Person**

|   |   |  |      |
|---|---|--|------|
| Name  |   | Vorname (Rufname)  |      |
| 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 (Angabe freiwillig)                                |      |
|   |   |  |      |
| E-Mail (Angabe freiwillig)                                    |   |  |      |
| Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)                |   | letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)     |      |
| Zuzug aus dem Ausland?  | Tag   | Monat  | Jahr |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am |   |  |      |
| aus   |   | Ort, Gebiet, Staat   |      |
|   |   | Ort, Bundesland  |      |
| nach  |   |  |      |

**2 Antragstellung durch andere Personen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

**Vollmacht oder Beschluss  
des Gerichts 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 (Angabe freiwillig)                           |   |
|  |                                  |   |   |
| E-Mail (Angabe freiwillig)                       |                                  |   |   |

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

### 3 Beitragszeiten im Inland

**Beweismittel bitte beifügen**

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 3.2)

**3.1** Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein  ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, ggf. weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

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

**3.2** Haben Sie Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein  ja, bitte Vordruck V0700 ausfüllen und beifügen

### 4 Zeiten im Ausland

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.1** Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5  
Staat

ja

**4.2** 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.

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_ Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat \_\_\_\_\_ ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**4.3** 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

**4.4** Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  ja, bitte Vordruck V0710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten,  
Vordruck V0711 für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten,  
Vordruck V0712 für Zeiten in Rumänien,  
Vordruck V0720 für Zeiten in Polen  
ausfüllen und beifügen, bitte weiter bei Ziffer 5

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.5** Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5

ja

**4.5.1** Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein  ja, bitte Vordruck V0720 ausfüllen und beifügen

**5 Anrechnungszeiten**

**Beweismittel bitte beifügen**

(z. B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

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

nein  ja, bitte Vordruck V0410 ausfüllen und beifügen

**5.2** Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".

nein  ja, bitte Vordruck R0870 ausfüllen und beifügen

**6 Angaben zu Kindern**

**6.1** Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** bei Ihnen angerechnet wurden?

nein  ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen

**6.2** Haben Sie ab dem 1.1.1992 Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

vom - bis

nein  ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind / Adoptivkind  Pflegekind  zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen  ist beigefügt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

**7 Sonstige Angaben**

**7.1** 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 Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

vom - bis Tag der Abschlussprüfung

Art der Berufsausbildung

Nachweise  sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
|                     |                                 |

**7.2** 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 oder - weil Sie aus dem Dienstverhältnis ausgeschieden sind - einen Anspruch auf Altersgeld?

Versorgungsdienststelle

nein     ja

Aktenzeichen

---

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen bzw. altersgeldfähigen Dienstzeiten

ist beigefügt                       liegt nicht vor

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

seit / bis / beantragt am                      Versicherungsträger (ggf. ausländischer Versicherungsträger)

nein     ja

Versicherungsnummer

---

ggf. Grund der Ablehnung

**8 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 (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)             als Hörmedium (CD-DAISY Format)

**9 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und den dazu gehörenden 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 Beitragszeiten, Ersatzzeiten, Anrechnungszeiten, Kindererziehungszeiten oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

**10 Anlagen**

|  |
|--|
|  |
|--|

**11 Bestätigung der Personenstandsdaten**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Bestätigung der Personenstandsdaten des Antragstellers (Ziffer 1)<br>es lag vor  | Bestätigungsfeld             |
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis |                              |
| <input type="checkbox"/>   | Stempel, Unterschrift, Datum |