



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**3 Beitragszeiten im Inland**

**Beweismittel bitte beifügen**

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

nein, bitte weiter bei Ziffer 3.3

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** Waren Sie während der in Ziffer 3.1 angegebenen Zeiten teilzeitbeschäftigt?

nein  ja

\_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_ wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

\_\_\_\_\_ volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

\_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_ wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

\_\_\_\_\_ volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

**3.3** Wurde für Sie eine Nachversicherung durchgeführt?

nein  ja

\_\_\_\_\_ bei welcher Stelle \_\_\_\_\_ Aktenzeichen

**3.4** Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit)?

nein  ja

\_\_\_\_\_ vom - bis \_\_\_\_\_ Grund

**4 Zeiten im Ausland**

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.1** Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5

\_\_\_\_\_ Staat

ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**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.

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Versicherungsträger / Versorgungssystem
		Staat	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen
		Staatsangehörigkeit	
		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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	vom - bis	Staat
-------------------------------	-----------------------------	-----------	-------

**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

**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 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Frage bitte mit "nein".

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

ja, bitte Vordruck R0870 ausfüllen und beifügen

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

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	am	bei welcher Stelle
		Aktenzeichen	

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 6 Angaben zu Kindern

Beweismittel bitte beifügen

**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 Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zurückgelegt?

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

**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?

Versorgungsdienststelle

nein  ja

Aktenzeichen

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen 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

**7.4** Besteht oder bestand für Sie eine Versicherung bei der Künstlersozialkasse?

vom - bis

Aktenzeichen

nein  ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**7.5** Haben Sie auf einem Rheinschiff eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt?

vom - bis Berufsbezeichnung

nein  ja

Sitz des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

**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, 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)  es lag vor <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/>	Bestätigungsfeld    Stempel, Unterschrift, Datum
---	--