

Versicherungsnummer / Insurance number

 Kennzeichen /
Code

Eingangsstempel / Receipt Stamp

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen und
Personenstandsdaten des Versicherten angeben /
Please quote the insurance number, the code and the insured's
personal data in any communication

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland Claim for refund of contributions for persons residing outside Germany

V0901

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.

Please note: To enable us to properly decide on your claim we require some important information and documents from you. The legal basis for this is German Social Code Book Six (Sechstes Buch des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI -). Therefore, please answer the questions below completely and submit the requested documents as soon as possible. Your cooperation, as defined in sections 60 - 65 of the General Part of the German Social Code Book One, will enable us to quickly process your claim. Please note that we may deny your claim in full or in part if you fail to cooperate (§ 66 SGB I). If you need more claim forms you can also download them from the Internet at www.deutsche-rentenversicherung.de.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

1. Antragsart		Type of claim	
1.1	Erstattung an Versicherte	<input type="checkbox"/>	Refund to the insured person
1.2	Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen	<input type="checkbox"/>	Refund to widows / widowers / surviving life partners / orphans

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

2. Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten		Information about the insured person	
Name		Last name	
Vorname (Rufname)		First name (normally used)	
Geburtsname		Name at birth	
Frühere Namen		Other names used in the past	
Geburtsdatum		Tag day	Monat month
		Jahr year	Date of birth
Geschlecht		Sex	
		<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
Geburtsort (Kreis, Land)		Place of birth (city, province, state)			
Straße, Hausnummer		Street, house number			
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city			
Staat		State			
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)			
Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)			
Datum der Ausreise aus Deutschland	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date on which the insured person left Germany
Tag day	Monat month	Jahr year			
Letzte Adresse in der Bundesrepublik Deutschland (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)		Last address in the Federal Republic of Germany (Street, house number, postal code, place)			

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3	Angaben zur Person der Witwe / des Witwers / der hinterbliebenen Lebenspartnerin / des hinterbliebenen Lebenspartners / der Waise (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Sterbeurkunde bitte beifügen	Information about widow / widower, surviving life partner or orphan (only in case of claim according to number 1.2) Please enclose death certificate				
	Name	Last name				
	Vorname (Rufname)	First name (normally used)				
	Geburtsname	Name at birth				
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year			
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
	Familienstand		Marital status			

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

	Straße, Hausnummer		Street, house number
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city
	Staat		State
	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		Daytime telephone number (voluntary information)
	Telefax (Angabe freiwillig)		Fax number (voluntary information)
3.1	Sind weitere Hinterbliebene vorhanden? Falls ja, welche ? Beweismittel bitte beifügen	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are there any other survivors? If yes, please specify Please enclose proof
	Witwe	<input type="checkbox"/>	widow
	Witwer	<input type="checkbox"/>	widower
	hinterbliebene Lebenspartnerin	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (female)
	hinterbliebener Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	surviving life partner (male)
	Halbwaise / Halbweisen	<input type="checkbox"/>	half orphan / half orphans
	Vollwaise / Vollwaisen	<input type="checkbox"/>	orphan / orphans
3.1.1	Name		Last name
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)
	Geburtsname		Name at birth
	Geburtsdatum	Tag day Monat month Jahr year	Date of birth
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)
	Straße, Hausnummer		Street, house number
	ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city
	Staat		State

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

3.1.2	Name		Last name			
	Vorname (Rufname)		First name (normally used)			
	Geburtsname		Name at birth			
	Geburtsdatum	<table border="1"> <tr> <td>Tag day</td> <td>Monat month</td> <td>Jahr year</td> </tr> </table>	Tag day	Monat month	Jahr year	Date of birth
	Tag day	Monat month	Jahr year			
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich / male <input type="checkbox"/> weiblich / female	Sex			
	Staatsangehörigkeit (ggf. weitere oder bis wann frühere Staatsangehörigkeit)		Citizenship (if applicable, other citizenships or former citizenship until)			
Straße, Hausnummer		Street, house number				
ggf. Postleitzahl, Wohnort		Postal code, if applicable, city				
Staat		State				

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

4.	Antragstellung durch andere Personen Der Antrag wird in Vertretung gestellt von	Claim filed by third parties The claim is filed by the following legal representative
	Beweismittel bitte beifügen	Please enclose proof
	Name, Vorname, Dienststelle (ggf. Aktenzeichen)	Last name, first name, office (file / reference number, if applicable)
	in der Eigenschaft als:	in the capacity of:
	gesetzlicher Vertreter	<input type="checkbox"/> legal representative
	Vormund	<input type="checkbox"/> guardian
	Betreuer	<input type="checkbox"/> person in charge / custodian
	Bevollmächtigter	<input type="checkbox"/> authorized representative
	Straße, Hausnummer	Street, house number
	ggf. Postleitzahl, Wohnort	Postal code, if applicable, city
Staat	State	
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	Daytime telephone number (voluntary information)	
Telefax (Angabe freiwillig)	Fax number (voluntary information)	

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

5.3	Haben Sie (weitere) freiwillige Beiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you paid any (additional) contributions to the German state pension insurance scheme?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Name des Versicherungsträgers		Name of pension insurance institution
5.4	Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher nicht bei Ihnen angerechnet wurden?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Did you raise any children during the first 10 years of their life, for which child raising periods have not yet been taken into account for your pension insurance?
	Falls ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden bzw. angerechnet werden sollen.		If so, please complete and enclose form V0800 if these periods have neither been nor were to be taken into account for you or for any other entitled person.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

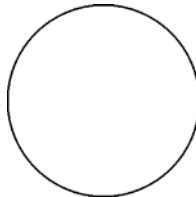
6.	Angaben zum Versicherungsverhältnis im Ausland	Information about insurance relationship outside Germany
6.1	Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, der EWR, in der Schweiz oder in einem Abkommensstaat gezahlt oder Zeiten einer gesetzlichen Versicherung im Ausland zurückgelegt?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes
	<p>(EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern)</p> <p>Abkommensstaaten: Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, Israel, Japan, Kanada / Quebec, Kosovo, Marokko, Mazedonien, Montenegro, Serbien, Südkorea, Tunesien, Türkei, Uruguay, USA)</p>	<p>Have you paid any social security contributions in a Member State of the EU, the EEC, in Switzerland or in an agreement state or completed state insurance periods outside Germany?</p> <p>(EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxemburg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom)</p> <p>Agreement states: Australia, Bosnia-Herzegovina, Brazil, Canada / Quebec, Chile, Israel, Japan, Kosovo, Morocco, Macedonia, Montenegro, Serbia, South Korea, Tunisia, Turkey, Uruguay, United States)</p>
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	from - to (day, month, year)
	Staat	State
	ausländischer Versicherungsträger	Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer	Insurance number abroad
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	from - to (day, month, year)
	Staat	State
	ausländischer Versicherungsträger	Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer	Insurance number abroad

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

6.2	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 / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you, after completion of age 15, habitually resided in the Netherlands or, after completion of age 16, habitually resided in one of the following countries: Australia, Canada / Quebec, Denmark, Finland, Iceland, Israel, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland?
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
	vom - bis (Tag, Monat, Jahr)		from - to (day, month, year)
	Staat		State
6.3	Sind Sie aktuell im Ausland rentenversicherungspflichtig?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are you currently liable to pay contributions to a state pension insurance scheme outside Germany?
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
6.4	Sind Sie nach dem Recht eines anderen Staates der EU / EWR oder der Schweiz aktuell in der gesetzlichen Rentenversicherung freiwillig versichert?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Do you currently pay voluntary contributions to a state pension insurance fund under the law of another Member State of the EU / EEA or Switzerland?
	(EU / EWR: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern)		(EU / EEA: Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Iceland, Italy, Latvia, Liechtenstein, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom)
	Staat		State
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad
6.5	Bei Antragstellung durch den ausländischen Versicherungsträger:	If the claim is submitted to a pension agency outside Germany:	
	Durch den Abdruck des Dienststempels wird die Richtigkeit der vorstehenden Angaben zu Ziffer 6 bestätigt, soweit sie das eigene Recht betreffen.		
	Ort, Datum, Unterschrift	Place, date, signature	

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

7.	Ehescheidung und Versorgungsausgleich	Divorce and pension rights adjustment	
	War oder ist ein Ehescheidungsverfahren bzw. ein Verfahren zur Aufhebung der Lebenspartnerschaft oder ein damit zusammenhängendes Verfahren über den Versorgungsausgleich bei einem deutschen Gericht anhängig?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Are divorce proceedings or proceedings for annulment of the registered life partnership or related proceedings regarding pension rights adjustment pending before a German court?
	Familiengericht		Family court
	Aktenzeichen		File / reference number

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

8.	Bisherige Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung	Benefits received from the state insurance pension fund	
	Beweismittel bitte beifügen	Please enclose proof	
8.1	Haben Sie in Deutschland eine Leistung bereits erhalten oder beantragt (z. B. Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für Ehegatte / eingetragenen Lebenspartner / Kind - oder eine Beitragserstattung)?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you claimed and / or received any German benefits (eg. benefits on account of occupational disability / incapacity to work or reduced earning capacity, benefits for medical rehabilitation or participation in working life and / or contributions towards medication and auxiliary aids - also for your spouse / registered life partner / child - or a refund of contributions)?
	Art der Leistung		Type of benefit
	Versicherungsträger		Insurance agency
	Versicherungsnummer		Insurance number
8.2	Haben Sie im Ausland eine Rente erhalten oder beantragt?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes	Have you claimed or do you receive a pension outside Germany?
	ausländischer Versicherungsträger		Insurance agency abroad
	ausländische Versicherungsnummer		Insurance number abroad

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

9.	Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene (nur bei Antrag nach Ziffer 1.2) Beweismittel bitte beifügen	Additional information in case of refund to survivors (only in case of claim according to number 1.2) Please enclose proof				
	9.1	Todestag	Tag day	Monat month	Jahr year	Day of death
		Todesursache				Cause of death
		Ist der Tod des Versicherten durch Unfall, Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung bzw. Zivildienstbeschädigung verursacht worden?	<input type="checkbox"/> nein / no <input type="checkbox"/> ja / yes			Did the insured person's death occur through an accident, industrial accident or an occupational disease or as result of military or paramilitary service?
9.2	Bis wann stand der Verstorbene in Schulausbildung bzw. Berufsausbildung? vom - bis (Tag, Monat, Jahr)				When did the deceased person attend school / vocational training? from - to (day, month, year)	

10.	Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers	Declaration by claimant
	<p>Es ist mir bekannt, dass mit der Beitragserstattung 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).</p> <p>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.</p>	<p>I know that a refund of contributions dissolves the former insurance relationship. All entitlements based on social security credits acquired prior to the refund (contribution periods, substitute periods, accounted periods, credited periods) ceased to exist. This also applies to periods for which no contributions are refundable (e. g. periods for bringing up children, compulsory military service and alternative non-military service periods, contributions prior to medical rehabilitation benefits or for participation in working life).</p> <p>I declare that to the best of my knowledge the information given in this form is true and complete. I am aware that if I have deliberately given false information action may be taken against me.</p>

11.	Zahlungsweg	Payment of refund	
	11.1	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto in Deutschland überwiesen werden:	The funds are to be remitted to the following account in the Federal Republic of Germany:
		IBAN (International Bank Account Number) D E	
	Geldinstitut (Name, Ort)	Financial institution (name, city)	

Versicherungsnummer / Insurance number
--

Kennzeichen / Code

11.2	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto innerhalb Europas (außer Deutschland) überwiesen werden: IBAN (International Bank Account Number) BIC (Bank Identifier Code)	The funds are to be remitted to the following account in Europe (except Germany):
11.3	Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto im Ausland (außerhalb Europas) überwiesen werden: Geldinstitut (Name, Anschrift) Kontonummer Identifikationsnummer der Bank	The funds are to be remitted to the following account outside Germany (except Europe): Financial institution (name and address) Account number Bank Identification Number
11.4	Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll: Kontoinhaber (Name, Vorname) Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Please only complete if the funds are not to be remitted to the claimant's account: Account holder (last name, first name) Street, house number, postal code, city

Zutreffendes bitte ankreuzen

Please tick where appropriate

12.	Bestätigung der Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 durch eine amtliche Stelle (z. B. alle Behörden des Wohnlandes - auch die Rentenversicherungsträger, Notare, Banken, Krankenhäuser, Rotes Kreuz, im Ausnahmefall auch die Botschaften und Konsulate der Bundesrepublik Deutschland)	Confirmation of personal information under numbers 2 and 3 by an official agency (e. g. all authorities of your country of residence - also pension agencies, notary publics, banks, hospitals, the Red Cross, in exceptional cases the embassies and consulates of the Federal Republic of Germany)
	Es lag vor Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Einbürgerungsurkunde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Submitted document: ID passport Certificate of Naturalization <hr/>
	Bestätigungsfeld Stempel, Unterschrift, Datum	Confirmation field Stamp, signature, date

