

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

2 Antragstellung durch andere Personen

**Vollmacht oder Beschluss
des Gerichts bitte beifügen**

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

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)			

3 Beitragszeiten im Inland

Beweismittel bitte beifügen

(für Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991 siehe Ziffer 4)

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 V105 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 _____

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

3.3 Standen Sie vor dem 1.1.1967 in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?

vom - bis

nein ja

Name und Verwandtschaftsverhältnis

3.4 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?

vom - bis

Versicherungsträger

nein ja

3.5 Wurde für Sie eine Nachversicherung durchgeführt?

bei welcher Stelle

Aktenzeichen

nein ja

3.6 Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften)?

vom - bis

nein ja

Grund

3.7 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden?

wann

Versicherungsträger

nein ja

Aktenzeichen

3.8 Wurden für Sie in der Zeit vom 1.7.1975 bis 31.12.1991 Beiträge als behinderter Mensch in einer geschützten Einrichtung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** als "Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung" gekennzeichnet sind?

vom - bis

Bezeichnung der Einrichtung

nein ja

vom - bis

Bezeichnung der Einrichtung

4 Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Wurden Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5

ja

4.1.1 Sind diese Zeiten (einschließlich Beitragszeiten zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung - FZR -) im Sozialversicherungsausweis vollständig enthalten?

nein, bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen

ja, bitte Sozialversicherungsausweis beifügen

4.2 Sind Sie vor dem 3.10.1976 geboren?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5

ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

4.3 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen?	
vom - bis	damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.4 Waren Sie in der Zeit vom 1.7.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?	
vom - bis	Aufenthaltort
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.5 Haben Sie einem Zusatzversorgungssystem oder Sonderversorgungssystem angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?	
vom - bis	Versorgungssystem
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
_____ Art der Ausbildung bzw. des ausgeübten Berufs	
4.6 Waren Sie hauptamtlicher Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit, ohne in das Sonderversorgungssystem für Angehörige des Ministeriums für Staatssicherheit / Amtes für Nationale Sicherheit einbezogen worden zu sein?	
vom - bis	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.7 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.2.1991 geschlossenen) Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?	
vom - bis	bei
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
4.8 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen	
<input type="checkbox"/>	Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

5 Zeiten im Ausland

Beweismittel bitte beifügen

5.1 Haben Sie Zeiten im Ausland (einschließlich Zeiten des gewöhnlichen Aufenthalts) zurückgelegt?	
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 6	Staat
<input type="checkbox"/> ja	
5.2 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.	
vom - bis	Versicherungsträger / Versorgungssystem
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Staat	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen
_____ Staatsangehörigkeit	
vom - bis	Versicherungsträger / Versorgungssystem
Staat	ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen
_____ Staatsangehörigkeit	

Versicherungsnummer 	Kennzeichen (soweit bekannt)
-------------------------	-------------------------------------

10 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 (Kassette)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

11 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. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

12 Anlagen

13 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 <hr/> Stempel, Unterschrift, Datum
---	--