

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel

**Antrag auf Kontenklärung
für Geburtsjahrgänge ab 1979
(kein Rentenantrag)**

V101

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 V111).

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)			
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

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

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V710 für Zeiten in Albanien, Bulgarien, Ungarn, China, Jugoslawien, der Tschechoslowakei oder deren Nachfolgestaaten, Vordruck V711 für Zeiten in der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten, Vordruck V712 für Zeiten in Rumänien, Vordruck V720 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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, bitte Vordruck V410 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".

<input type="checkbox"/> nein,	bitte weiter bei Ziffer 6
<input type="checkbox"/> ja,	bitte Vordruck R870 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 V800 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
---	--