



Antrag auf Kontenklärung (kein Rentenantrag)

V100

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 Abs. 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.

Versicherungsnummer

Datum der Antragstellung

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sollten Sie zu einer Frage weitere Auskunft benötigen, finden Sie Näheres in den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110)

1 Angaben zur Person

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geburtsdatum <input type="text"/>		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsort (Kreis, Land)		Staatsangehörigkeit (ggf. frühere Staatsangehörigkeit bis)	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)		Telefonisch tagsüber zu erreichen	
Postleitzahl		Wohnort	
Wohnsitz am 18.05.90 (Ort, Bundesland, Staat)		Telefax	
Wohnsitz am 18.05.90 (Ort, Bundesland, Staat)		Letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>		Ort, Gebiet, Staat	
<input type="checkbox"/> ja, am <input type="text"/>		aus <input type="text"/>	
Bestätigung der Personenstandsdaten des Antragstellers Es lag vor <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde <input type="checkbox"/> Personalausweis		Bestätigungsfeld Stempel/Unterschrift/Datum	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts 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	
Postleitzahl	
Wohnort	
Telefax	

3 Angaben zur letzten Beitragszahlung

Der letzte Beitrag wurde gezahlt für	
Monat <input type="text"/>	Jahr <input type="text"/>
zur <input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Arbeiter	<input type="checkbox"/> Rentenversicherung der Angestellten
<input type="checkbox"/> Bahnversicherungsanstalt	<input type="checkbox"/> knappschaftlichen Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> See-	<input type="checkbox"/> Kasse

4 Angaben zu Beitragszeiten

Beweismittel bitte beifügen

4.1 Haben Sie **Beitrags- oder Beschäftigungszeiten** im Bundesgebiet zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind (z. B. als Lehrling, Arbeiter, Angestellter, Beschäftigter im Bergbau, Seemann, Selbständiger, Wehr- oder Zivildienstleistender, Bezieher von Vorruhestandsgeld, Pflegeperson ab 01.04.1995, geringfügig Beschäftigter ab 01.04.1999)?

nein ja, **Zeiten im Beitrittsgebiet bitte Fragebogen (Vordruck V700) ausfüllen und beifügen.**
bitte hier Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen. Die Angaben sind entbehrlich, soweit Sozialversicherungsausweise aus dem Beitrittsgebiet beigefügt werden. **Bei nicht nachgewiesenen**

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	Genauere Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z.B. nicht Arbeiter, sondern Chemiefacharbeiter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes bzw. Vermerk "selbständig")	Höhe des wöchentlichen/ monatlichen Entgelts	An welche Krankenkasse und zu welcher Versicherungsanstalt wurden Beiträge gezahlt (z.B. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte - BfA, LVA Baden, SV der ehemaligen DDR)
Beispiel 15.11.1951-31.03.1952	Polsterer	Fa. Lehmann, Kleinmöbelhersteller Oststr. 1, 40211 Düsseldorf	mtl. 850,00 DM	AOK Düsseldorf LVA Rheinprovinz

Haben Sie im **Beitrittsgebiet** Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt?
vom - bis

nein ja

4.2 Waren Sie im **Beitrittsgebiet** oder während der unter Ziffer 4.1 eingetragenen Zeiten **teilzeitbeschäftigt**?
vom - bis wöchentliche Arbeitszeit in Stunden volle betriebliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden

nein ja

4.3 Standen Sie in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?
vom - bis Name und Verwandtschaftsverhältnis

nein ja

4.4 Haben Sie **vor dem 01.01.1957** für versicherungspflichtige Beschäftigungen neben Barbezügen in wesentlichem Umfang **Sachbezüge** erhalten (Sachbezüge sind z.B. Kost und Wohnung, volle Kost, Teilkost, Wohnung, Deputat) und sind diese Zeiten **nicht mit Sachbezug** im Versicherungsverlauf **gekennzeichnet**?
vom - bis ausgeübter Beruf Art der Sachbezüge

nein ja

4.5 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte im Beitrittsgebiet über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen (nur angeben, wenn der tatsächliche sozialversicherungspflichtige Arbeitsverdienst vor dem 01.03.1971 über der damaligen Höchstgrenze für die Beitragspflicht von 600.- M monatlich gelegen hat)?
vom - bis derzeitige Anschrift des Arbeitgebers Nachweise bitte beifügen

nein ja

4.6 Haben Sie **freiwillige Beiträge** zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf **nicht** aufgeführt sind?
vom - bis Versicherungsträger

nein ja

4.7 Haben Sie einen **Antrag auf Nachversicherung** für Beschäftigungszeiten im öffentlichen Dienst oder bei sonstigen öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Körperschaften der evangelischen, der katholischen oder anderer Religionsgesellschaften gestellt, oder wurde eine **Nachversicherung** bereits **durchgeführt**?
bei welcher Stelle Aktenzeichen
 nein ja

Könnte für Sie ein Anspruch auf **Nachversicherung** bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Grundwehrdienstleistender in der Zeit vom 01.03.1957 bis 30.04.1961 bei der Bundeswehr, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften im Beitrittsgebiet)?
vom - bis Grund
 nein ja

4.8 Sind Ihnen **Beiträge erstattet** oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden (z.B. bei Frauen wegen Heirat)?
wann Versicherungsträger Aktenzeichen
 nein ja

4.9 Haben Sie Zeiten der Berufsausbildung (Lehrzeit) zurückgelegt? (Als Nachweis sind z.B. Lehrvertrag, Lehranzeige, Prüfungszeugnis, landwirtschaftlicher Gesellenbrief sowie Bescheinigung über die Höhe des erzielten Arbeitsentgeltes beizufügen.)
vom - bis Art der Berufsausbildung Beweismittel
 nein ja sind beigefügt
 liegen nicht mehr vor

4.10 Haben Sie in der Zeit vom **01.03.1957 bis 30.04.1961** Wehrdienst bei der Bundeswehr oder Zivildienst (früher Ersatzdienst) geleistet, der im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge Wehrdienst, Zivildienst**" gekennzeichnet ist?
vom - bis vom - bis
 nein ja

4.11 Wurden für Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** Beiträge als Behinderter in einer geschützten Einrichtung die im Versicherungsverlauf **nicht** als "**Pflichtbeiträge in geschützten Einrichtungen**" gekennzeichnet sind?
vom - bis vom - bis vom - bis
 nein ja
Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung Bezeichnung der Einrichtung

4.12 Waren Sie in der Zeit vom **01.07.1975 bis 31.12.1991** im **Beitrittsgebiet erwerbsunfähig**?
vom - bis Aufenthaltsort
 nein ja

5 Zeiten im Ausland

5.1 Haben Sie Beitrags- und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?
 nein ja, bitte Vordruck V720 (Antrag auf Klärung von Zeiten in Polen) ausfüllen und beifügen

5.2 Haben Sie Beitrags- oder Beschäftigungszeiten in Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Jugoslawien, Albanien, China, der Tschechoslowakei, der Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten zurückgelegt?
 nein ja, bitte Vordruck V 710, ggf. V 711 (für Sowjetunion oder deren Nachfolgestaaten), ggf. V 712 (für Rumänien) ausfüllen und beifügen

5.3 Haben Sie Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem anderen Staat gezahlt oder einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen in der EU (Frankreich, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Italien, Großbritannien, Irland, Dänemark, Griechenland, Spanien, Portugal, Schweden, Finnland und Österreich) bzw. in dem EWR (Island, Liechtenstein und Norwegen) angehört?
vom - bis Versicherungsträger/Versorgungssystem
 nein ja
Staat ausländische Versicherungsnummer/Aktenzeichen Staatsangehörigkeit

5.4 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in den Niederlanden bzw. nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Dänemark, Finnland, Island, Israel, Kanada/Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?
vom - bis Staat
 nein ja

6 Angaben zu Ersatzzeiten

(z.B. Kriegsdienst, Kriegsgefangenschaft, Reichsarbeitsdienst, Verfolgung, Internierung, Vertreibung, Aussiedlung, Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den Versicherte rehabilitiert worden sind)

Haben Sie **Ersatzzeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
 - betrifft nur Tatbestände nach Vollendung des 14. Lebensjahres für Zeiten bis zum 31.12.1991 -
 nein ja, bitte Fragebogen zu Ersatzzeiten (Vordruck V400) ausgefüllt beifügen

7 Angaben zu Anrechnungszeiten

(z.B. Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen, Arbeitslosigkeit oder Leistungen vom Arbeitsamt, nach Vollendung des 16. Lebensjahres liegende Schul-, Fachschul-, Fachhochschul-, oder Hochschulausbildung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Versorgungsleistungen im Beitrittsgebiet)

Haben Sie **Anrechnungszeiten** zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?
 nein ja, bitte Fragebogen zu Anrechnungszeiten (Vordruck V410) ausgefüllt beifügen

8 Angaben zu Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung **Beweismittel bitte beifügen**

Werden Kindererziehungszeiten/Berücksichtigungszeiten wegen Kindererziehung geltend gemacht?

nein ja, bitte Antrag (Vordruck V800) ausgefüllt beifügen, wenn diese Zeiten noch nicht beantragt worden sind

9 Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie Anwartschaft oder Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis? Versorgungsdienststelle/Aktenzeichen bitte Festsetzungsblatt über die ruhegehaltfähigen Dienstzeiten beifügen

nein ja

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

nein ja vom - bis beantragt am ggf. Grund der Ablehnung

Versicherungsträger, Versicherungsnummer

9.3 Bestand oder besteht für Sie eine Versicherung bei der **Künstlersozialkasse?**

nein ja vom - bis Aktenzeichen

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

nein ja vom - bis Berufsbezeichnung Sitz des Arbeitgebers

9.5 Haben Sie einem **Zusatz- oder Sonderversorgungssystem** im Beitrittsgebiet angehört?

nein ja vom - bis Versorgungssystem

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 (z.B. Offizier im besonderen Einsatz - OibE -/Hauptamtlicher Informeller Mitarbeiter -HIM -)?

nein ja vom - bis

9.6 Haben Sie Ansprüche oder Anwartschaften nach dem (am 28.02.1991) geschlossenen Pensionsstatut der Carl-Zeiss-Stiftung Jena erworben, die ggf. auch abgefunden wurden?

nein ja vom - bis bei

9.7 Sind Sie anerkannter Verfolgter im Sinne des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligungen für Opfer politischer Verfolgung im Beitrittsgebiet (Berufliches Rehabilitierungsgesetz)?

nein ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden

10 Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und in den dazugehörigen Anlagen nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wesentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Während der verbleibenden Lücken habe ich keine Beitrags-, Ersatz-, Anrechnungs-, Kindererziehungs- oder Berücksichtigungszeiten zurückgelegt. Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich von den Erläuterungen zum Antrag auf Kontenklärung (Vordruck V110) Kenntnis genommen habe.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

11 Anlagen

Versicherungsunterlagen sowie Nachweise über Ersatzzeiten und Anrechnungszeiten sind **nicht** einzusenden, wenn diese Zeiten bereits im Versicherungsverlauf enthalten sind. Soweit eine Bestätigung der Personenstandsdaten nicht vorgenommen wurde, bitten wir eine Personenstandsurkunde einzusenden.

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. Versicherte, die die erforderlichen Daten mit Eintragungen in dem Ausweis für Arbeit und Sozialversicherung nachweisen, sind berechtigt, in einer Ablichtung des Ausweises (mit Übereinstimmungsbestätigung) die Daten unkenntlich zu machen, die für den Träger der Rentenversicherung nicht erforderlich sind. Bei **sonstigen Unterlagen und Urkunden** genügen auch **Fotokopien oder Abschriften, sofern deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt ist**. Wir bitten Sie diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Träger der Rentenversicherung, ihren Versichertenältesten sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- und Gemeindeverwaltungen und die deutschen Auslandsvertretungen vornehmen zu lassen; die Bestätigung erfolgt kostenlos. Es reicht **nicht** aus, wenn die Bestätigung der Übereinstimmung der Fotokopie oder Abschrift mit dem Original von Ihnen selbst oder einem Rechtsanwalt, Rechtsbeistand oder Rentenberater vorgenommen wurde.

Vordruck R 990 bitte beifügen.