

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



Eingangsstempel

Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Inland

V0900

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch 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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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).

Wir informieren Sie zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de/Datenschutzinformationen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gern zu.

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0910).

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Erstattungsberechtigt sind in der Regel auch Versicherte, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, ihren gewöhnlichen Aufenthalt (wieder) im Ausland haben und - auch nach überstaatlichen oder zwischenstaatlichen Regelungen - nicht zur freiwilligen Versicherung berechtigt sind, nach Ablauf einer Wartefrist von 24 Kalendermonaten. Falls Sie zu diesem Personenkreis gehören, verwenden Sie für die Antragstellung bitte den Antrag auf Beitragserstattung bei Aufenthalt im Ausland (Vordruck V0901 beziehungsweise V0902).

1 Antragsart

- 1.1 Erstattung an Versicherte, die versicherungsfrei oder von der Versicherungspflicht befreit sind und die die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben, nach einer Wartefrist von 24 Kalendermonaten
- 1.2 Erstattung an Versicherte, die die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit nicht erfüllt haben
- 1.3 Erstattung an Witwen / Witwer / hinterbliebene Lebenspartnerinnen / hinterbliebene Lebenspartner / Waisen, wenn wegen nicht erfüllter allgemeiner Wartezeit ein Anspruch auf Rente wegen Todes nicht besteht



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

4 Antragstellung durch andere Personen

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls 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)
Adresszusatz	Telefax (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

5 Versicherungsverhältnis

sämtliche vorhandenen Versicherungsunterlagen bitte beifügen

5.1 Haben Sie Beitragszeiten oder Beschäftigungszeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?

- nein
- ja, dann hier bitte Art und Dauer dieser Zeiten genau aufführen, gegebenenfalls weitere Angaben in den Vordruck V0105 eintragen

Zeitraum vom - bis (Tag, Monat, Jahr)	genaue Bezeichnung der Beschäftigung beziehungsweise Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	Arbeitgeber (Name, Sitz und Art des Betriebes) beziehungsweise Vermerk "selbständig"	An welche Krankenkasse wurden Beiträge gezahlt?



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

**sämtliche vorhandenen
Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

5.2 Haben Sie Zeiten in einem ausländischen Versicherungssystem zurückgelegt (zum Beispiel, weil Sie im Ausland gearbeitet haben)? Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).

vom - bis

nein ja

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

vom - bis

Versicherungssystem / Sondersystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

5.3 Haben Sie sich nach Vollendung des 15. Lebensjahres in Dänemark oder in den Niederlanden beziehungsweise nach Vollendung des 16. Lebensjahres gewöhnlich in einem der folgenden Länder aufgehalten: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, Schweiz?

vom - bis

nein ja

Staat

5.4 Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf und in den beigefügten Versicherungsunterlagen **nicht** enthalten sind?

vom - bis

nein ja

Versicherungsträger

5.5 Haben Sie Kinder innerhalb der ersten 10 Lebensjahre erzogen, für die Zeiten der Kindererziehung bisher **nicht** oder nicht vollständig bei Ihnen angerechnet wurden?

nein ja, bitte Vordruck V0800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher bei keinem anderen Berechtigten angerechnet wurden beziehungsweise angerechnet werden sollen

5.6 Wurde für Sie eine Nachversicherung durchgeführt?

bei welcher Stelle

nein ja

Aktenzeichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)																																											
<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																						<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																						

**sämtliche vorhandenen
Versicherungsunterlagen bitte beifügen**

5.7 Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (zum Beispiel als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften)?

vom - bis

nein ja

Grund _____

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

nein ja, bitte Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde beifügen

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

6 Beitragstragung Beweismittel bitte beifügen

6.1 Haben Sie jemals Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld, Winterausfallgeld, Konkursausfallgeld oder Insolvenzgeld bezogen?

vom - bis

nein ja

Art der Leistung _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

6.2 Haben Sie ein freiwilliges soziales Jahr, ein freiwilliges ökologisches Jahr oder Bundesfreiwilligendienst abgeleistet?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

6.3 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber die Beiträge wegen des geringen Bruttoarbeitsentgelts allein getragen hat (zum Beispiel während eines Lehrverhältnisses)?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____

6.4 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die der Arbeitgeber ein Abzugsrecht nicht mehr geltend machen konnte (zum Beispiel während eines Praktikums im Rahmen der einstufigen Juristenausbildung, eines Noviziats, eines Postulats)?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers _____



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

6.5 Sind für einen behinderten Menschen in einer geschützten Einrichtung oder für einen Beschäftigten in einer Einrichtung der Jugendhilfe, einem Berufsbildungswerk oder ähnliche Beiträge vom Arbeitgeber in voller Höhe allein getragen worden?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.6 Sind für einen Entwicklungshelfer oder einen im Ausland Beschäftigten bei Versicherungspflicht auf Antrag Beiträge von einem Wirtschaftsunternehmen, einer Organisation und so weiter in voller Höhe allein getragen worden?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.7 Wurden Pflichtbeiträge nach dem Bundes-Seuchengesetz / Infektionsschutzgesetz gezahlt?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.8 Wurden Pflichtbeiträge aufgrund des Bezugs von Ausgleichsgeld für landwirtschaftliche Arbeitnehmer gezahlt?

vom - bis

nein ja

6.9 Wurden für eine Beschäftigung in der Zeit vom 1.1.1997 bis 31.3.2003 Beiträge vom Arbeitgeber im Haushaltsscheckverfahren gezahlt?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers

6.10 Haben Sie eine geringfügige Beschäftigung ausgeübt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6.11
 ja

6.10.1 Haben Sie in der Zeit vom 1.4.1999 bis 31.12.2001 eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unter 300 DM monatlich ausgeübt und auf die Versicherungsfreiheit verzichtet?

vom - bis

nein ja

Name und Anschrift des Arbeitgebers



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Beweismittel bitte beifügen

6.10.2 Haben Sie in der Zeit vom 1.1.2002 bis 31.12.2012 eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unter 155 EUR monatlich ausgeübt und auf die Versicherungsfreiheit verzichtet?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.10.3 Haben Sie ab 1.1.2013 eine geringfügige Beschäftigung mit einem Arbeitsentgelt unter 175 EUR monatlich ausgeübt und liegt keine Befreiung von der Versicherungspflicht vor?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.11 Bestanden Beschäftigungsverhältnisse, für die mit einem Arbeitgeber Nettoarbeitsentgelte vereinbart waren?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Arbeitgebers
6.12 Sind für einen Auszubildenden, der im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz ausgebildet wurde, Beiträge in voller Höhe allein vom Träger der Einrichtung getragen worden?
vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift des Trägers der Bildungsmaßnahme

7 Übertragung von Rentenanswartschaften

7.1 Ist ein Ehescheidungsverfahren oder ein Verfahren zur Aufhebung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft anhängig?
Familiengericht
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aktenzeichen
7.2 Wurde ein Versorgungsausgleich wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt?
<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8
Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichts genannt ist
<input type="checkbox"/> ja
7.2.1 Ist ein Verfahren zur Abänderung des durchgeführten Versorgungsausgleichs anhängig?
Familiengericht
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Aktenzeichen



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

8 Versicherungsfreiheit beziehungsweise Befreiung von der Versicherungspflicht

(nur bei Antrag nach Ziffer 1.1)

Beweismittel bitte beifügen

8.1 Sind Sie Beamter, Richter oder Soldat?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.3

Beginn des Dienstverhältnisses

ja _____
Versorgungsträger

8.2 Sind Sie Beamter oder Richter auf Lebenszeit beziehungsweise Berufssoldat?

bitte Status angeben (auf Probe, auf Zeit oder auf Widerruf)

nein, bitte weiter bei Ziffer 9

ja, bitte weiter bei Ziffer 8.4

8.3 Sind Sie DO-Angestellter?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.5

ja, seit

Tag	Monat	Jahr

8.4 Sind Sie zurzeit ohne Dienstbezüge / Arbeitsentgelt beurlaubt oder ist aus anderen Gründen die Zahlung von Dienstbezügen / Arbeitsentgelt unterbrochen?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.8

ja wegen Kindererziehung

Namen und Geburtsdatum des Kindes / der Kinder

bitte Name des Elternteils angeben, wenn die Kindererziehungszeiten beim anderen Elternteil berücksichtigt werden sollen

Beurlaubung und gleichzeitige Beschäftigung bei einem anderen Arbeitgeber

Name und Anschrift des Arbeitgebers, gegebenenfalls Gewährleistungsentscheidung vom Dienstherrn beifügen

aus sonstigen Gründen

bitte weiter bei Ziffer 8.8

8.5 Sind Sie als Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder als Lehrer an einer Privatschule von der Versicherungspflicht befreit?

nein, bitte weiter bei Ziffer 8.6

ja, seit

Tag	Monat	Jahr



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

Beweismittel bitte beifügen

<p>8.5.1 Üben Sie die Beschäftigung oder Tätigkeit, für die Sie von der Versicherungspflicht befreit wurden, noch aus?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte weiter bei Ziffer 8.8</p>						
<p>8.6 Sind Sie satzungsmäßiges Mitglied einer geistlichen Genossenschaft oder Angehöriger einer ähnlichen Gemeinschaft?</p> <p style="text-align: center;">seit</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____</p> <p style="text-align: center;">Name und Anschrift der Genossenschaft / Gemeinschaft</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">bitte weiter bei Ziffer 8.8</p>						
<p>8.7 Sind Sie als selbständig Tätiger von der Versicherungspflicht befreit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 8.8</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte Befreiungsbescheid beifügen</p>						
<p>8.7.1 Haben sich nach Beginn der Befreiung Änderungen in der Ausgestaltung der selbständigen Tätigkeit ergeben (zum Beispiel Aufgabe der Tätigkeit, Tätigkeit für mehrere Auftraggeber, Einstellung von Arbeitnehmern)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 9</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> die selbständige Tätigkeit wurde beendet</p> <p style="text-align: center;">Datum der Beendigung</p> <table style="margin-left: 150px;"> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> die selbständige Tätigkeit wird für mehrere Auftraggeber ausgeführt</p> <p style="text-align: center;">Namen der Auftraggeber und Datum der Änderung</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> es wurde mindestens ein versicherungspflichtiger Arbeitnehmer eingestellt</p> <p style="text-align: center;">bitte Datum der Einstellung angeben und Arbeitsverträge beifügen</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">bitte weiter bei Ziffer 9</p>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr				
<p>8.8 Beziehen Sie eine Versorgung nach beamtenrechtlichen oder soldatenrechtlichen Vorschriften, kirchenrechtlichen Regelungen oder Regelungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach Erreichen einer Altersgrenze beziehungsweise wegen Dienstunfähigkeit?</p> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____ bitte Versorgungsbescheid beifügen</p>						



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

9 Bisherige Leistungsverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung Beweismittel bitte beifügen

9.1 Wurden Sachleistungen oder Geldleistungen von einem Rentenversicherungsträger bewilligt (zum Beispiel Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung - auch Renten im Ausland unter Berücksichtigung deutscher Beiträge -, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Zuschüsse zu Heilmitteln und Hilfsmitteln - auch für den Ehegatten / eingetragenen Lebenspartner / ein Kind -)?

vom - bis

nein ja

Art der Leistung

bewilligende Stelle

Aktenzeichen

9.2 Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt worden?

wann

nein ja

Versicherungsträger

Aktenzeichen

10 Ergänzende Angaben bei Erstattung an Hinterbliebene

(nur bei Antrag nach Ziffer 1.3)

Beweismittel bitte beifügen

10.1 Ist der Tod des Versicherten durch Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit oder Wehrdienstbeschädigung beziehungsweise Zivildienstbeschädigung oder Flucht im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes oder sonstigen Unfall verursacht worden?

Todesursache

nein ja

festgestellt von

10.2 Ist der Tod des Versicherten innerhalb von 6 Jahren nach Beendigung einer Schulausbildung oder Berufsausbildung eingetreten?

nein ja

10.3 Sind weitere antragsberechtigte Hinterbliebene vorhanden?

nein ja Witwe Witwer

hinterbliebene Lebenspartnerin hinterbliebener Lebenspartner

Halbweise / Halbweisen Vollweise / Vollwaisen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift



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

11 Dokumentenzugang

11.1 Per De-Mail

Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach** eröffnet.

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach. Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform. Meine De-Mail-Adresse lautet:

11.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel 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)

12 Zahlungsweg

Der Erstattungsbetrag soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Name des Geldinstituts	
Nur ausfüllen, wenn der Betrag nicht auf das Konto der Antragstellerin / des Antragstellers überwiesen werden soll	
Kontoinhaber (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

13 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich wünsche die Beitragserstattung, auch wenn ich zur freiwilligen Versicherung berechtigt sein sollte.

Mir ist 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 (zum Beispiel Kindererziehungszeiten, Wehrdienstzeiten und Zivildienstzeiten, Nachversicherungszeiten, Beiträge vor einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben).



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

Mir ist bewusst, dass eine Beitragserstattung oder eine Rentenzahlung Einfluss auf beamtenrechtliche Versorgungsbezüge haben kann und ich mich hierzu an die Versorgungsdienststelle meines Dienstherrn wenden kann.

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.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

14 Anlagen

- ____ Durchschriften aus Sozialversicherungsnachweisheft oder entsprechende maschinelle Bescheinigungen des Arbeitgebers
- ____ Versicherungskarten Nummer _____
- ____ Aufrechnungsbescheinigungen Nummer _____
- ____ Versicherungsausweise über Zeiten im Beitrittsgebiet
- ____ knappschaftliche Beitragsunterlagen
- ____ Bundesvertriebenenausweis und Flüchtlingsausweis
- ____ Sterbeurkunde
- ____ sonstige Urkunden oder Beweismittel

15 Bestätigung der antragsaufnehmenden Stelle

Datum der Antragstellung							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Tag</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Monat</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Am _____ ist der Antrag auf Beitragserstattung gestellt worden.
Tag	Monat	Jahr					
Bestätigungsfeld							
Stempel	Datum, Unterschrift der aufnehmenden Stelle						

16 Bestätigung der Personenstandsdaten

Die Personenstandsdaten zu Ziffer 2 und 3 werden bestätigt durch:	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Personalausweis
<input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> Sterbeurkunde
Stempel	Datum, Unterschrift

