

Versicherungsnummer

V410

Fragebogen für Anrechnungszeiten

1 Angaben zur Person

Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsdatum	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)			
Postleitzahl		Wohnort	
Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)			

**Haben Sie Anrechnungszeiten zurückgelegt, die im
Versicherungsverlauf nicht enthalten sind?**

Beweismittel bitte beifügen

2 Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis

		vom - bis

3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Heilbehandlung, Berufsförderung)

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis

		Kostenträger (z. B. BEK Köln, Agentur für Arbeit)

		vom - bis

		Kostenträger (z. B. BEK Köln, Agentur für Arbeit)

4 Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur Rehabilitation nach dem 31.12.1983, für die Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld bezogen wurde

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen		
<hr/>		

5 Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
vom - bis		
<hr/>		

6 Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
vom - bis		
<hr/>		
vom - bis		
<hr/>		

7 Arbeitslosigkeit, die bei einer Agentur für Arbeit gemeldet ist (mit oder ohne Leistungsbezug)

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Wurden von der Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) Beiträge an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Waren Sie während einer Arbeitslosigkeit vor dem 01.07.1969 selbständiger Handwerker?		
nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Handwerkskammer		
<hr/>		

8 Abgeschlossene nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit vor dem 01.03.1957 - im Saarland vor dem 01.09.1957 - nach dem vollendeten 17. Lebensjahr

nein ja vom - bis

9 Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr

nein ja vom - bis

Ausbildungsart

Abschluss (am, durch)

9.1 Wurden Ausbildungszeiten im Abend- oder Fernstudium absolviert?

nein weiter bei Ziffer 10

ja weiter bei Ziffer 9.1.1 bzw. 9.1.2

9.1.1 Abendstudium vom - bis

Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche?

nein ja

9.1.2 Fernstudium vom - bis

Betrag der Ausbildungsaufwand mehr als 20 Stunden pro Woche?

nein ja

War das Studium an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?

nein ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?

nein ja

10 Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Kostenträger		
<hr/>		
Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)		
<hr/>		
vom - bis		
<hr/>		
Kostenträger		
<hr/>		
Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)		
<hr/>		

11 Schlechtwettergeld bis 31.12.1978

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		

12 Bezug einer Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 AAÜG)

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Art der Leistung		
<hr/>		
Versicherungsträger, Aktenzeichen		
<hr/>		

13 Bezug einer Versichertenrente aus der Rentenversicherung

(im Beitrittsgebiet auch Versorgung wegen voller Berufsunfähigkeit oder Teilberufsunfähigkeit und entsprechende Renten aus Sonderversorgungssystemen oder eine berufsbezogene Zuwendung an Ballettmitglieder in staatlichen Einrichtungen, Bezug einer Unfallrente aufgrund eines Körperschadens von 66 2/3 % oder einer Kriegsbeschädigtenrente)

nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vom - bis
<hr/>		
Art der Leistung		
<hr/>		
Versicherungsträger, Aktenzeichen		
<hr/>		

14 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes für Zeiten im Ausland ab 01.01.1992

nein ja vom - bis

Ort bzw. Gebiet des Gewahrsams

15 Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit als ausbildungssuchend gemeldet?

nein ja vom - bis

16 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

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

17 Anlagen

Sollten Zeugnisse als Beweismittel übersandt werden, können die Noten oder entsprechende Beurteilungen unkenntlich gemacht werden.

Werden keine Originalunterlagen eingesandt, sondern nur Fotokopien oder Abschriften, **muss deren Übereinstimmung mit dem Original bestätigt sein**. Wir bitten Sie, diese Bestätigung (**keine** amtliche Beglaubigung) durch die Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung, deren Versichertenberater / -innen bzw. Versichertenälteste sowie durch die anderen Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen), aber auch durch die Versicherungsämter bzw. die Stadt- oder 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 wird.

Als Anlagen sind beigelegt: