



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Eingangsstempel

**Antrag auf Kontenklärung  
für Geburtsjahrgänge bis einschließlich 1978  
(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 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 V110).

**1 Angaben zur Person**

Name		Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)	
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)			
Wohnsitz am 18.5.1990 (Ort, Bundesland, Staat)		letzter Wohnsitz im Inland (bei Aufenthalt im Ausland)	
Zuzug aus dem Ausland?	Tag	Monat	Jahr
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am			
aus		Ort, Gebiet, Staat	
		Ort, Bundesland	
nach			

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**

<b>3.3</b>	Standen Sie vor dem 1.1.1967 in einem Beschäftigungsverhältnis bei Verwandten oder dem Ehegatten?	
	vom - bis	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	Name und Verwandtschaftsverhältnis	
<b>3.4</b>	Haben Sie freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt, die im Versicherungsverlauf <b>nicht</b> enthalten sind?	
	vom - bis	Versicherungsträger
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<b>3.5</b>	Haben Sie einen Antrag auf Nachversicherung gestellt oder wurde eine Nachversicherung bereits durchgeführt?	
	bei welcher Stelle	Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
<b>3.6</b>	Könnte für Sie ein Anspruch auf Nachversicherung bestehen (z. B. als Beamter, Berufssoldat, Soldat auf Zeit, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften)?	
	vom - bis	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	Grund	
<b>3.7</b>	Sind Ihnen Beiträge erstattet oder zurückgezahlt oder ist dies von Ihnen beantragt worden?	
	wann	Versicherungsträger
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	AktENZEICHEN	
<b>3.8</b>	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 <b>nicht</b> als "Pflichtbeiträge in geschützter Einrichtung" gekennzeichnet sind?	
	vom - bis	Bezeichnung der Einrichtung
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____
	vom - bis	Bezeichnung der Einrichtung

**4 Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet bis 31.12.1991**

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>4.1</b>	Wurden Zeiten und Sachverhalte im Beitrittsgebiet zurückgelegt?	
<input type="checkbox"/> nein,	bitte weiter bei Ziffer 5	
<input type="checkbox"/> ja		
<b>4.1.1</b>	Sind diese Zeiten (einschließlich Beitragszeiten zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung - FZR -) im Sozialversicherungsausweis vollständig enthalten?	
<input type="checkbox"/> nein,	bitte Vordruck V700 ausfüllen und beifügen	
<input type="checkbox"/> ja,	bitte Sozialversicherungsausweis beifügen	
<b>4.2</b>	Sind Sie vor dem 3.10.1976 geboren?	
<input type="checkbox"/> nein,	bitte weiter bei Ziffer 5	
<input type="checkbox"/> ja		

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.3** Lagten Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen?

vom - bis

damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort

nein  ja

**4.4** Waren Sie in der Zeit vom 1.7.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?

vom - bis

Aufenthaltort

nein  ja

**4.5** Haben Sie einem Zusatzversorgungssystem oder Sonderversorgungssystem angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?

vom - bis

Versorgungssystem

nein  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

nein  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

nein  ja

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

nein  ja, Bescheinigung der Rehabilitierungsbehörde ist beigelegt

Gegen die Rehabilitierungsbescheinigung ist ein Rechtsbehelf eingelegt worden.

**5 Zeiten im Ausland**

**Beweismittel bitte beifügen**

**5.1** Haben Sie Zeiten im Ausland zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

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

nein  ja

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

vom - bis

Versicherungsträger / Versorgungssystem

Staat

ausländische Versicherungsnummer / Aktenzeichen

Staatsangehörigkeit

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_

**Beweismittel bitte beifügen**

**5.3** 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?

vom - bis

Staat

nein  ja

**5.4** Sind Sie Vertriebener / Spätaussiedler im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes?

nein  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, bitte weiter bei Ziffer 6

**5.5** Haben Sie Beitragszeiten und Beschäftigungszeiten in Polen zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 6

ja

**5.5.1** Haben Sie sich am 31.12.1990 und seitdem ununterbrochen gewöhnlich in Deutschland aufgehalten?

nein  ja, bitte Vordruck V720 ausfüllen und beifügen

**6 Ersatzzeiten**

**Beweismittel bitte beifügen**

(z. B. Freiheitsentzug im Beitrittsgebiet, für den der Versicherte rehabilitiert worden ist)

**6.1** Haben Sie Ersatzzeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?  
- betrifft nur Zeiten bis zum 31.12.1991 -

nein  ja, bitte Vordruck V400 ausfüllen und beifügen

**7 Anrechnungszeiten**

**Beweismittel bitte beifügen**

(z. B. Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten)

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

nein  ja, bitte Vordruck V410 ausfüllen und beifügen

**7.2** Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.6.1983 verursacht? Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die folgenden Fragen bitte mit "nein".

nein, bitte weiter bei Ziffer 8

ja, bitte Vordruck R870 ausfüllen und beifügen

**7.3** Sind Schadensersatzansprüche geltend gemacht worden (z. B. bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

am

bei welcher Stelle

nein  ja

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**8 Angaben zu Kindern**

**8.1** Haben Sie Kinder erzogen?

nein  ja, bitte Vordruck V800 ausfüllen und beifügen, wenn diese Zeiten bisher weder bei Ihnen noch bei einem anderen Berechtigten angerechnet wurden

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**8.2** Haben Sie Zeiten der nicht erwerbsmäßigen Pflege eines pflegebedürftigen Kindes bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres - frühestens ab dem 1.1.1992 - zurückgelegt?

vom - bis

nein  ja

Kindschaftsverhältnis

leibliches Kind  Pflegekind  zum Haushalt gehörendes Stiefkind

Bescheid über Pflegeleistungen  ist beigelegt  liegt nicht vor  wird nachgereicht

**9 Sonstige Angaben**

**9.1** 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 Art der Berufsausbildung

\_\_\_\_\_

vom - bis Art der Berufsausbildung

\_\_\_\_\_

Nachweise  sind beigelegt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**9.2** 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 beigelegt  liegt nicht vor

**9.3** 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

\_\_\_\_\_

**9.4** Besteht oder bestand für Sie eine Versicherung bei der Künstlersozialkasse?

vom - bis Aktenzeichen

nein  ja

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

vom - bis Berufsbezeichnung

nein  ja

Sitz des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_

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
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------