



Versicherungsnummer
---------------------

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

**Beweismittel bitte beifügen**

3.2 Waren Sie ggf. **nach** dem Erwerb einer dieser Qualifikationen noch zu Ausbildungszwecken (z. B. Praktikum, Vorbereitungsdienst) beschäftigt?

vom - bis

nein  ja

3.3 Wurden im Beitrittsgebiet Beiträge aufgrund einer Schul-, Fachschul- oder Hochschulausbildung gezahlt ("Studentenversicherung")?

vom - bis

nein  ja

4 Haben Sie als Wehrpflichtiger nach dem 23.01.1962 Grundwehrdienst oder Ersatzdienst geleistet?

vom - bis

nein  ja

5 Waren Sie teilzeitbeschäftigt?

nein  ja, bitte nähere Angaben dazu in der Beschäftigungsaufstellung unter Ziffer 24 eintragen

6 Waren Sie zur gleichen Zeit bei mehreren Arbeitgebern abhängig beschäftigt?

nein  ja, bitte nähere Angaben dazu in der Beschäftigungsaufstellung unter Ziffer 24 eintragen

7 Lagen Ihre tatsächlichen Arbeitsverdienste bzw. Einkünfte im Beitrittsgebiet über den im Sozialversicherungsausweis bescheinigten Beträgen?

vom - bis damaliger Arbeitgeber / Betrieb / Ort

nein  ja

8 Bestand ein mindestens zehnjähriges ununterbrochenes Beschäftigungsverhältnis bei demselben Arbeitgeber - in demselben Betrieb -

vom - bis Arbeitgeber / Betrieb

nein  ja

9 Haben Sie einem **Zusatz- oder Sonderversorgungssystem** im Beitrittsgebiet angehört bzw. eine Beschäftigung ausgeübt, für die ein Versorgungssystem bestanden hat?

vom - bis ggf. Versorgungssystem

nein  ja

Art der Ausbildung bzw. des ausgeübten Berufes

---

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 Inoffizieller Mitarbeiter - HIM -)?

vom - bis

nein  ja

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

vom - bis bei

nein  ja

11 Waren Sie im Beitrittsgebiet Kirchenbediensteter, Mitarbeiter von Religionsgesellschaften oder Ordensmitglied?

vom - bis Art der Tätigkeit

nein  ja

Name der Religionsgesellschaft oder des Ordens

---

Wurden Zeiten aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Religionsgesellschaft und der ehemaligen DDR in der Sozialversicherung (Rentenversicherung) berücksichtigt?

vom - bis

nein  ja

Versicherungsnummer
---------------------

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

**Beweismittel bitte beifügen**

**12** Waren Sie wegen der Gewährleistung von Versorgungsanwartschaften (z. B. als Beamter, Beamtenanwärter, Berufssoldat, längerdienender Freiwilliger) versicherungsfrei?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_ Art der Tätigkeit \_\_\_\_\_

Name des Dienstherrn \_\_\_\_\_

**13** Waren Sie als Selbständiger oder Unternehmer tätig?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

Haben Sie Personen und ggf. wie viel (ohne mitarbeitende Familienmitglieder und ohne Lehrlinge ohne Entgelt) regelmäßig beschäftigt?

nein  ja

Anzahl \_\_\_\_\_ in welcher Berufsstellung \_\_\_\_\_

Handelte es sich um ein Gesellschaftsunternehmen? Ggf. welche Stellung hatten Sie als Gesellschafter?

nein  ja

Unternehmensform (z. B. OHG, KG, Betrieb mit staatlicher Beteiligung) \_\_\_\_\_

Stellung als Gesellschafter (z. B. Komplementär, Kommanditist) \_\_\_\_\_ Höhe der Beteiligung \_\_\_\_\_

**14** Waren Sie Mitglied einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft oder einer Produktionsgenossenschaft des Handwerks?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

**15** Haben Sie im Beitrittsgebiet freiwillige Beiträge gezahlt?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_ monatliche Beitragshöhe \_\_\_\_\_

**16** Haben Sie im Beitrittsgebiet in der Zeit vom 01.03.1971 bis 30.06.1990 Beiträge zur freiwilligen Zusatzrentenversicherung (FZR) gezahlt?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

**17** Waren Sie in der Zeit vom 01.07.1975 bis 31.12.1991 voll erwerbsgemindert?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_ Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

**18** Haben Sie im Beitrittsgebiet eine Rente bezogen?

nein  ja

Art der Rente, zahlender Versicherungsträger \_\_\_\_\_

Waren Sie während des Rentenbezugs abhängig beschäftigt oder selbständig tätig?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

**19** Haben Sie Zeiten des Freiheitsentzugs erlitten, für die eine Rehabilitation oder Kassation erfolgt ist?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

Waren Sie im Anschluss an den Freiheitsentzug krank oder arbeitslos?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

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

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

**21** Wurde anlässlich der Geburt eines Kindes der gesetzliche Mutterschaftsurlaub (z. B. Freistellung bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres des Kindes) in Anspruch genommen?

nein  ja

vom - bis \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer
---------------------

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

## 22 Hinweise zur Beschäftigungsaufstellung

Die einzelnen Beschäftigungsverhältnisse bitten wir lückenlos in ihrer zeitlichen Reihenfolge aufzuführen und **die jeweils ausgeübte Tätigkeit genau zu bezeichnen** (keine Sammelbegriffe wie Angestellter, sondern z. B. Lohnbuchhalter, technischer Zeichner usw.).

Die Angaben in den Spalten 3 und 4 der Aufstellung dienen der Bestimmung des jeweils maßgebenden Wirtschaftsbereichs. Zu diesem Zweck geben Sie bitte in der Spalte 3 genau an, welchen Haupterwerbszweck oder welche Funktion der jeweilige Betrieb hatte (z. B. Herstellung von Fernsehgeräten, Herstellung von Möbeln, öffentliches Gesundheitswesen). War der Betrieb Teil einer größeren Unternehmenseinheit (z. B. eines Kombinats), beziehen sich die Angaben auf die größere Unternehmenseinheit. In Spalte 4 tragen Sie bitte ergänzend anhand der Tabelle die Nummer des Wirtschaftsbereichs ein, in den der Betrieb bzw. die größere Unternehmenseinheit nach Ihrer Einschätzung einzuordnen ist.

Die Angaben in der Spalte 7 beziehen sich auf die wöchentliche Arbeitszeit. Wurde keine Vollzeitbeschäftigung ausgeübt, ist die tatsächliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche sowie die volle betriebliche Arbeitszeit in Stunden pro Woche anzugeben.

Lfd. Nr.	Wirtschaftsbereich	Lfd. Nr.	Wirtschaftsbereich
1	Energie- und Brennstoffindustrie einschl. Kohlebergbau (Stein- und Braunkohlenindustrie, Kokereien)	13	Produzierendes Handwerk
		14	Land- und Forstwirtschaft
2	Chemische Industrie einschl. Salzbergbau (z. B. Kali- und Steinsalzindustrie)	15	Verkehr
		16	Post- und Fernmeldewesen
3	Metallurgie einschl. Erzbergbau	17	Handel
4	Baumaterialienindustrie	18	Bildung, Gesundheitswesen, Kultur und Sozialwesen
5	Wasserwirtschaft	19	Wissenschaft, Hoch- und Fachschulwesen
6	Maschinen- und Fahrzeugbau	20	Staatliche Verwaltung und Gesellschaftliche Organisationen
7	Elektrotechnik / Elektronik / Gerätebau	21	Sonstige nichtproduzierende Bereiche (z. B. Sozialversicherung, Wohnungswirtschaft, Touristik)
8	Leichtindustrie (Holz-, Glas- und Konfektionsindustrie, aber ohne Textilindustrie)	22	Landwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind dem Wirtschaftsbereich 14 zuzuordnen)
9	Textilindustrie (z. B. Faser-, Garn- und Stoffherstellung)		
10	Lebensmittelindustrie	23	Produktionsgenossenschaften des Handwerks (nur Genossenschaftsmitglieder; Arbeiter und Angestellte sind den Bereichen 11 oder 13 zuzuordnen)
11	Bauwirtschaft		
12	Sonstige produzierende Bereiche (z. B. Verlage, Forschungszentren der Industrie)		

Besitzen Sie noch Versicherungsunterlagen (Versicherten- und Versicherungsausweise, Ausweise für Arbeit und Sozialversicherung, Versicherungskarten, Beitragsbescheinigungen, Einzahlungsquittungen), bitten wir diese im Original einzusenden.

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

Haben Sie keine Versicherungsunterlagen und sind solche auch nicht zu erlangen, genügt es, wenn die Beitragszeiten u. a. durch Zeugnisse, Arbeitsbücher, Arbeitgeberbescheinigungen, Gehaltsbescheinigungen, Erklärungen früherer Mitarbeiter oder anderer Zeugen (nach Möglichkeit mehrere) glaubhaft gemacht werden.

Ist die **Vorlage von Versicherungsunterlagen** erforderlich, bitten wir Sie, diese **im Original** einzusenden. 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 Auskunft- 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.

## 23 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Fragen in diesem Vordruck nach bestem Wissen beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

