

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel

# V0410

## Fragebogen für Anrechnungszeiten

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum							
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>								
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort								
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)								

Haben Sie folgende Zeiten zurückgelegt, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind?  
Näheres finden Sie in den Erläuterungen (Vordruck V0411).

### 2 Krankheit / Rehabilitation

**Beweismittel bitte beifügen**

<p><b>2.1</b> Waren Sie arbeitsunfähig wegen Krankheit?</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2 vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja vom - bis _____</p>
<p><b>2.1.1</b> Wurden ab dem 1.1.1984 Leistungen (z. B. Krankengeld) an Sie gezahlt?</p> <p>vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Art der Leistung _____</p> <p>von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen _____</p> <p>vom - bis _____</p> <p>Art der Leistung _____</p> <p>von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen _____</p>
<p><b>2.2</b> Haben Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten? (z. B. Heilbehandlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)</p> <p><input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 2.3 vom - bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>von welcher Stelle / Kostenträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit bzw. Arbeitsamt) _____</p> <p>vom - bis _____</p> <p>von welcher Stelle / Kostenträger (z. B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit bzw. Arbeitsamt) _____</p>

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**2.2.1** Wurden während dieser Zeiten Leistungen (z. B. Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?

vom - bis

nein  ja

Art der Leistung

von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen

vom - bis

Art der Leistung

von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen

**2.3** Waren Sie zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat krank?

vom - bis

nein  ja

vom - bis

### 3 Schwangerschaft / Mutterschutz

**Beweismittel bitte beifügen**

**3.1** Liegen Zeiten der Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen vor?

vom - bis

nein  ja

vom - bis

### 4 Arbeitslosigkeit / Bezug von Arbeitslosengeld II

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.1** Waren Sie bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt), einer Kommune, einer Arbeitsgemeinschaft oder einem Jobcenter arbeitslos gemeldet?

nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3

vom - bis

ja

arbeitslos gemeldet bei (Anschrift)

ggf. Art der bezogenen Leistung (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe, Arbeitslosengeld II)

Nachweise  sind beigefügt  liegen nicht mehr vor  werden nachgereicht

**4.1.1** Wurden von diesem Träger Beiträge an eine Versicherungseinrichtung oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?

vom - bis

nein  ja

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**4.2** Waren Sie während einer Arbeitslosigkeit vor dem 1.7.1969 selbständiger Handwerker?

vom - bis

nein     ja

Handwerkskammer \_\_\_\_\_

---

**4.3** Haben Sie nach dem 31.12.2010 Arbeitslosengeld II von einer deutschen Agentur für Arbeit, einer Kommune oder einem Jobcenter bezogen?

vom - bis

nein     ja

von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**5 Ausbildung**

**Beweismittel bitte beifügen**

**5.1** Haben Sie Zeiten der Schulausbildung, Fachschulausbildung, Fachhochschulausbildung oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 17. Lebensjahr zurückgelegt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 5.3

vom - bis

ja

Ausbildungsart \_\_\_\_\_

Abschluss (am, durch) \_\_\_\_\_

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

Ausbildungsart \_\_\_\_\_

Abschluss (am, durch) \_\_\_\_\_

---

**5.2** Handelte es sich bei diesen Ausbildungen um Teilzeitausbildungen, Abendausbildungen oder Fernausbildungen?

vom - bis

nein     ja

Ausbildungsart \_\_\_\_\_

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?     nein     ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?     nein     ja

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

noch Ziffer 5.2

**Beweismittel bitte beifügen**

vom - bis

Ausbildungsart

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:

War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?  nein  ja

Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?  nein  ja

**5.3** Haben Sie an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr teilgenommen?

vom - bis

nein  ja

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

vom - bis

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

vom - bis

Kostenträger

Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**6 Ausbildungssuche**

**Beweismittel bitte beifügen**

**6.1** Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als ausbildungssuchend gemeldet?  
vom - bis

nein     ja

Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)

**7 Schlechtwettergeld**

**Beweismittel bitte beifügen**

**7.1** Haben Sie bis zum 31.12.1978 Schlechtwettergeld bezogen?  
vom - bis

nein     ja

**8 Rentenbezug**

**Beweismittel bitte beifügen**

**8.1** Haben Sie eine Versichertenrente aus der Rentenversicherung bezogen?  
vom - bis

nein     ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen

---

**8.2** Haben Sie eine Übergangsrente, Invalidenrente bei Erreichen besonderer Altersgrenzen, befristete erweiterte Versorgung nach den Regelungen des Beitrittsgebietes (§ 9 Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz) bezogen?  
vom - bis

nein     ja

Art der Leistung

Versicherungsträger, Aktenzeichen

**9 Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes (HHG)**

**Beweismittel bitte beifügen**

**9.1** Haben Sie Zeiten des Gewahrsams im Sinne des HHG im Ausland ab 1.1.1992 zurückgelegt?  
vom - bis

nein     ja

Ort bzw. Gebiet des Gewahrsams

**10 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

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

## 11 Anlagen
