



Bundesversicherungsanstalt für Angestellte • 10704 Berlin

Versicherungsnummer	BKZ
---------------------	-----

V410



Fragebogen für Anrechnungszeiten

1 Angaben zur Person	Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	Telefonisch tagsüber zu erreichen

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

2 Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit	vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

3 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Heilbehandlung, Berufsförderung)	vom - bis	Kostenträger (z. B. BEK Köln, Arbeitsamt)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
	_____	_____

4 Arbeitsunfähigkeit / Leistungen zur Rehabilitation nach dem 31.12.1983, für die Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld bezogen wurde	vom - bis	von welcher Stelle, ggf. Aktenzeichen
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____

5 Krankheit zwischen dem 17. und 25. Lebensjahr	vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

6 Schwangerschaft, Mutterschaft während der jeweiligen Schutzfristen	vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

7 Arbeitslosigkeit sowie Zeiten des Leistungsbezuges durch das Arbeitsamt	vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Wurden vom Arbeitsamt Beiträge an eine Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, an ein Versicherungsunternehmen oder an Sie selbst gezahlt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____
Waren Sie während einer Arbeitslosigkeit vor dem 01.07.1969 selbständiger Handwerker?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

8 Abgeschlossene nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit vor dem 01.03.1957 - im Saarland vor dem 01.09.1957 - nach dem vollendeten 17. Lebensjahr	vom - bis
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____

9 Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung nach dem vollendeten 16. Lebensjahr	vom - bis	Ausbildungsart	Abschluss (am, durch)
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

10 Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen

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

11 Schlechtwettergeld bis 31.12.1978

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

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

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

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)

13

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

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

	vom - bis	Ort bzw. Gebiet des Gewahrsams
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

15 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

16 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 BfA, ihre BfA-Versichertenberater/-innen 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. Soweit Sie in Berlin wohnen, empfehlen wir Ihnen, sich unmittelbar an die BfA zu wenden; eine Bestätigung durch Stadt- oder Gemeindeverwaltungen im Raum Berlin ist nicht möglich. 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 Anlage sind beigefügt:
