

Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

\_\_\_\_\_



Deutsche  
Rentenversicherung

Eingangsstempel

## Fragebogen für Anrechnungszeiten

# V0410

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Telefon	

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

### 2 Krankheit / Rehabilitation

Beweismittel bitte beifügen

**2.1** Waren Sie arbeitsunfähig wegen Krankheit?

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.2  
vom - bis \_\_\_\_\_

ja, \_\_\_\_\_  
vom - bis \_\_\_\_\_

---

**2.1.1** Wurden ab dem 1.1.1984 Leistungen (zum Beispiel Krankengeld) an Sie gezahlt?

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

nein  ja, \_\_\_\_\_  
Art der Leistung \_\_\_\_\_  
von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen \_\_\_\_\_  
vom - bis \_\_\_\_\_  
Art der Leistung \_\_\_\_\_  
von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen \_\_\_\_\_



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**2.2** Haben Sie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten?  
(zum Beispiel Heilbehandlung, Berufsförderung, sonstige Leistungen / Maßnahmen)

nein, bitte weiter bei Ziffer 2.3

vom - bis

ja,

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

vom - bis

von welcher Stelle / Kostenträger (zum Beispiel Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit / Arbeitsamt)

**2.2.1** Wurden während dieser Zeiten Leistungen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld) an Sie gezahlt?

vom - bis

nein  ja,

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls Aktenzeichen

vom - bis

Art der Leistung

von welcher Stelle, gegebenenfalls 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





Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Beweismittel bitte beifügen**

**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

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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel Berufsausbildungsbeihilfe)

Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.

Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.





