

Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

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

Eingangsstempel

# V410

## Fragebogen für Anrechnungszeiten

### 1 Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsname	Geburtsdatum
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 V411).

### 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><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja vom - bis _____</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 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	
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
Bitte nur bei Fernausbildung ausfüllen:	
War die Ausbildung an bestimmte Rahmenzeitpläne gebunden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurden regelmäßige Lernkontrollen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>5.3</b> Haben Sie an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen nach dem vollendeten 17. Lebensjahr teilgenommen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom - bis
Kostenträger	
Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)	
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
vom - bis	
Kostenträger	
Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)	
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.
vom - bis	
Kostenträger	
Art der Förderungsleistung (z. B. Berufsausbildungsbeihilfe)	
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug bis zu 20 Stunden pro Woche.
<input type="checkbox"/>	Der Ausbildungsaufwand betrug mehr als 20 Stunden pro Woche.

**6 Ausbildungssuche**

**Beweismittel bitte beifügen**

<b>6.1</b> Waren Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres bei einer deutschen Agentur für Arbeit (Arbeitsamt) mindestens einen Kalendermonat als ausbildungssuchend gemeldet?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	vom - bis
Agentur für Arbeit (Arbeitsamt)	

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

**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 - AAÜG -) 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

**11 Anlagen**
