

Canada/Germany Agreement

Applying for a German old age and/or disability pension

Here is some important information you need to consider when completing your application.

Please ensure you sign the application. If you are signing with a mark, (for example: "X") the signature of a witness is required.

Your application must be supported by documentation. Please submit the documents requested. Failure to complete the application and provide the requested documentation may result in delays in processing your application.

Where original documents are specifically requested, originals must be submitted with your application. You should keep a certified true copy of any originals you send us for your records. Some countries require original documentation which will not be returned to you.

You may submit the original or a photocopy that is certified as true for any of the documents where originals are not required. It is better to send certified copies of documents rather than originals. If you choose to send original documents, send them by registered mail. We will return the original documents to you. We can only accept a photocopy of an original document if it is legible and if it is a certified true copy of the original. Our staff at any Service Canada centre will photocopy your documents and certify them free of charge. If you cannot visit a Service Canada Centre, you can ask one of the following people to certify your photocopy:

Accountant; Chief of First Nations Band; Commissioner for Oaths; Employee of a Service Canada Centre acting in an official capacity; Funeral Director; Justice of the Peace; Lawyer, Magistrate, Notary; Manager of Financial Institution; Medical and Health Practitioners: Chiropractor, Dentist, Doctor, Naturopathic Doctor, Nurse Practitioner, Ophthalmologist, Optometrist, Pharmacist, Psychologist, Registered Nurse; Member of Parliament or their staff; Member of Provincial Legislature or their staff; Minister of Religion; Municipal Clerk; Official of a federal government department or provincial government department, or one of its agencies; Official of an Embassy, Consulate or High Commission; Officials of a country with which Canada has a reciprocal Social Security Agreement; Police Officer; Professional Engineer; Social Worker; Teacher, University Professor.

People who certify photocopies must compare the original document to the photocopy, state their official position or title, sign and print their name, give their telephone number and indicate the date they certified the document.

They must also write the following statement on the photocopy: **This photocopy is a true copy of the original document which has not been altered in any way.**

If a document has information on both sides, both sides must be copied and certified. You cannot certify photocopies of your own documents, and you cannot ask a relative to do it for you.

Return your completed application, forms and supporting documents to:

International Operations
Service Canada
P.O. Box 2710 Station Main
Edmonton, AB T5J 2G4
Canada

Disclaimer:

This application form has been developed by external sources in cooperation with Employment and Social Development Canada. The content and language contained in the form respond to the legislative needs of those external sources.

Social Security Agreement between the Federal Republic of Germany and Canada
Sozialversicherungsabkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Kanada

Application for Insured Pension
from the German Pension Insurance

Please follow the enclosed guide when completing this application. Please answer all questions accurately, mark everything applicable and submit all required proof.

Antrag auf Versichertenrente
aus der Deutschen Rentenversicherung

Bitte beachten Sie die beiliegenden Erläuterungen beim Ausfüllen des Antrags. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen sie alle notwendigen Nachweise bei.

A Information about the insured

Angaben zur versicherten Person

1	German Insurance Number																	Deutsche Versicherungsnummer
2	Code (if known)																	Kennzeichen (soweit bekannt)
3	Canadian Social Insurance Number																	Kanadische Sozialversicherungsnummer
4	Name																Name	
5	First names (Please underline name normally used)																Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
6	Name at birth (if different)																Geburtsname (wenn abweichend)	
7	Other names used in the past																Frühere Namen	
8	Date of birth (Please submit proof)		Day Tag		Month Monat		Year Jahr											Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)
9	Place of birth (city, country, state)																Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	
10	Sex	☐ male männlich ☐ female weiblich ☐ no entry ohne Eintrag ☐ gender diverse divers															Geschlecht	
11	Present (dual) citizenship (Please submit proof)																Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen)	
12	Address																Anschrift	
13	Telephone number																Telefonnummer	
14	Fax number																Telefaxnummer	
15	Marital status	☐ not married (single, widowed or divorced) / not living in registered same-sex civil union ☐ nicht verheiratet (ledig, verwitwet oder geschieden) / nicht in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend ☐ married / remarried / living in registered same-sex civil union ☐ verheiratet / wieder verheiratet / in Eingetragener Lebenspartnerschaft lebend															Familienstand	



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)

B Application filed by another person
(Please enclose authority / proof)

Antragstellung durch andere Person
(Vollmacht / Nachweis bitte beifügen)

1	Name	Name
2	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
3	Address	Anschrift
4	Telephone number	Telefonnummer
5	Fax number	Telefaxnummer

C Type of benefit claimed and pension start

Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn

1	Old-age pension	☐	Altersrente
2	Benefits for reduction in earning capacity (Please fill out part K as well)	☐	Rente wegen Erwerbsminderung (Bitte auch Teil K ausfüllen)
3	Child-rearing benefits for bringing up a child after the death of the divorced spouse/former civil partner	☐	Erziehungsrente wegen Erziehung eines Kindes nach dem Tod des geschiedenen Ehegatten / früheren Lebenspartners
4	The old-age pension should start - at the earliest possible date with benefit reduction - or at the earliest possible date without benefit reduction - or from	☐ Day Tag ☐ Month Monat ☐ Year Jahr	Die Altersrente soll beginnen - zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit Rentenminderung - oder zum frühestmöglichen Zeitpunkt ohne Rentenminderung - oder zum
5	If you wish your German old-age pension to start before January 1, 2023: From the start of the German old-age pension until December 31, 2022 - I was in employment and/or self employment. If yes, please further information: - dependent employment (inclusive of early retirement benefits from the employer) indicate gross income per calendar year (Please submit certificate(s) from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work, agriculture and forestry etc.) indicate profit according to tax law per calendar year (Please submit Tax Return Form(s) or certificate(s) from the tax consultant)	☐ no nein ☐ yes ja ☐ no nein ☐ yes ja ☐ no nein ☐ yes ja	Bei einem gewünschten Beginn der deutschen Altersrente vor dem 1. Januar 2023: Ab Beginn der deutschen Altersrente bis zum 31. Dezember 2022 - habe ich eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausgeübt. Wenn ja, bitte weitere Angaben: - abhängige Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder vom Arbeitgeber) Bruttoeinkünfte pro Kalenderjahr (Bitte Bescheinigungen des Arbeitgebers beifügen) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) steuerrechtlicher Gewinn pro Kalenderjahr (Bitte Steuererklärung(en) oder Bescheinigung(en) des Steuerberaters beifügen)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer									

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)			

D Additional information about the insured

Ergänzende Angaben zur versicherten Person

1	When did you leave Germany?	Day Tag	Month Monat	Year Jahr	Wann haben Sie Deutschland verlassen?
2	Last residence in Germany (place, district, street)				Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)
3	German personal identification number for tax purposes				Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke
4	Are you a victim of National Socialist persecution as defined in the Federal Restitution Law or of political prosecution in the former GDR as defined in the Federal Law over the reconciliation of occupational disadvantages? If yes, please indicate: - restitution authority - reference number	☐ no nein ☐ yes ja			Sind Sie Verfolgte(r) des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder des Gesetzes über den Ausgleich beruflicher Benachteiligung in der ehemaligen DDR? Falls ja, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
5	Are you an expelled person or refugee as defined in the German Federal Law on Expelled Persons? (Please submit the document for expelled persons)	☐ no nein ☐ yes ja			Sind Sie Vertriebener oder Flüchtling im Sinne des deutschen Bundesvertriebenengesetzes? (Bitte Vertriebenenausweis beifügen)
6	Are you under German law severely disabled at least 50 %? (Please submit proof) Did you conclude an agreement with your employer on a German partial retirement before January 1, 2007? (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja			Sind Sie nach deutschen Gesetzen mindestens 50 % als schwerbehinderter Mensch anerkannt? (Bitte Nachweis beifügen) Haben Sie vor dem 1. Januar 2007 mit Ihrem Arbeitgeber eine Vereinbarung über deutsche Altersteilzeit getroffen? (Bitte Nachweis beifügen)



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer											

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)			

E Information concerning the German insurance record

Please indicate hereafter all

- periods of employment
- periods of self-employment
- voluntary contributions
- substitute periods (e.g. military service, war captivity, expulsion)

Please restrict to the periods which are **not** contained in your insurance record. Please enclose appropriate proof. If required, you may request an insurance record from your German pension insurance institute.

E Angaben zum deutschen Versicherungsleben

Bitte machen Sie hier Angaben über

- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** in Ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf von Ihrem deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Period from - to Day - Month - Year	Please describe the type of performed employment or self-employment (For substitute periods please indicate type of period)	Name and address of employer / enterprise, in case of self-employment please indicate "self-employed"	Name and address of your health insurance (e.g. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis Tag - Monat - Jahr	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der Sie versichert waren (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

If you do not have enough space, please use an extra sheet! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!



**F Further information concerning
the insurance record**(Please submit proof, if not already
previously submitted)**Weitere Angaben zum
Versicherungsleben**(Bitte Nachweise beifügen, soweit nicht
bereits früher übersandt)

1	Did you ever receive a refund of contributions from the German pension insurance? ☐ no nein ☐ yes ja If yes, please indicate: - insurance institution - insurance number, reference number	Sind Ihnen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer, Aktenzeichen	
2	Has a settlement of pension entitlements under German law been accomplished? ☐ no nein ☐ yes ja If yes, - Is your former partner still alive? - Name and address of the former partner - Are you obligated to pay alimony to your former partner or have you paid her / him compensation? (Please submit judgement for support or alimony agreement and payment proof)	Wurde für Sie ein Versorgungsausgleich nach deutschem Recht durchgeführt? Falls ja, - Lebt Ihr früherer Partner noch? - Name und Anschrift des früheren Partners - Sind Sie Ihrem früheren Partner zum Unterhalt verpflichtet oder haben Sie diesem eine Abfindung gezahlt? (Bitte Unterhaltstitel oder -vereinbarung und Zahlungsnachweis beifügen)	
3	Did you make a vocational training in Germany (even without graduation)? Period Type of vocational training (Please submit proof) If applicable, graduation on (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis Day Tag Month Monat Year Jahr	Haben Sie in Deutschland eine Berufsausbildung gemacht (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen) ggf. Abschluss am (Bitte Nachweis beifügen)
4	Have you been unfit for work in Germany or have you received benefits for rehabilitation which are not contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitsunfähig oder haben Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf nicht enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
5	Have you been registered as unemployed in Germany and is this period not contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Waren Sie in Deutschland arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
6	Did you graduate in Germany or abroad from school, vocational school, technical college or college after turning 17 and is this period not contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Haben Sie nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung in Deutschland oder im Ausland absolviert und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)



7	Were you between your 17th and 25th year of life in Germany, in Canada or in another country at least one calendar month unfit for work and is this period not contained in the insurance record? Periods (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis from / vom to / bis	Waren Sie zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat in Deutschland, in Kanada oder in einem anderen Staat arbeitsunfähig und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf nicht enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweise beifügen)
8	Did you reside in one of the following countries after turning 16: Australia, Finland, Iceland, Israel, Canada / Quebec, Liechtenstein, Norway, Sweden, Switzerland or, after turning 15, in Denmark or in the Netherlands?	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark oder in den Niederlanden?
	Period from / vom to / bis country / Staat insurance agency / Versicherungsträger insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Period from / vom to / bis country / Staat insurance agency / Versicherungsträger insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
9	Have you worked also outside Germany? If yes, please give further information. Indicate also periods in special systems (e. g. civil servants, self-employed, farmers).	☐ no nein ☐ yes ja	Waren Sie auch außerhalb Deutschlands erwerbstätig? Falls ja, bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (zum Beispiel für Beamte, Selbständige, Landwirte).
	Period from / vom to / bis country / Staat insurance agency / Versicherungsträger insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Period from / vom to / bis country / Staat insurance agency / Versicherungsträger insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Period from / vom to / bis country / Staat insurance agency / Versicherungsträger insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
10	Have you been a member of a special pension scheme of an international organisation while employed by that organisation (for example, OECD, UN, CERN, ECB, EPO or an institution of the European Union)?	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie während einer Beschäftigung bei einer internationalen Organisation einem Sondersversorgungssystem dieser Organisation angehört (zum Beispiel bei OECD, UNO, CERN, EZB, EPA oder einer Institution der Europäischen Union)?
	Period from / vom to / bis place of employment / Beschäftigungsort name and headquarters of the international organisation Name und Hauptsitz der internationalen Organisation insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum
	Period from / vom to / bis place of employment / Beschäftigungsort name and headquarters of the international organisation Name und Hauptsitz der internationalen Organisation insurance number / Versicherungsnummer		Zeitraum



**G Periods of child rearing if not
already applied for earlier**(In case of child rearing in Germany
further information is necessary)**Zeiten der Kindererziehung,
soweit nicht bereits früher
beantragt**(Bei Erziehung in Deutschland werden
weitere Angaben notwendig)

The following children have been raised:		Folgende Kinder wurden erzogen:	
1	Name of the child	Name des Kindes	
	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag	Month Monat
	Place of birth (city, country, state)	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)	
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	
		Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom	
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	to / bis
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	Year Jahr
2	Name of the child	Name des Kindes	
	First names (Please underline name normally used)	Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)	
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag	Month Monat
	Place of birth (city, country, state)	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis beifügen)	
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	Geburtsort (Kreis, Land, Staat)	
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?	
		Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.	
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom	
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	to / bis
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat
		Year Jahr	Year Jahr



3	Name of the child			Name des Kindes
	First names (Please underline name normally used)			Vornamen (Bitte Rufname unterstreichen)
	Date of birth (Please submit birth certificate)	Day Tag	Month Monat	Year Jahr
	Place of birth (city, country, state)			Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	Were you employed during the pregnancy and did you have to interrupt the employment due to the statutory maternity protection period?	☐ no nein ☐ yes ja		Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig und mussten Sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	From birth to the 10th birthday I have predominantly raised the child.	☐ no nein ☐ yes ja		Ich habe das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.
	in the following country / im folgenden Staat	from / vom		to / bis
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr
		Day Tag	Month Monat	Year Jahr
4	Has another person already submitted an application for taking into account the periods of child rearing for these children? If yes , please indicate: - name, first name - German Insurance Number or date of birth	☐ no nein ☐ yes ja		Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer anderen Person beantragt? Falls ja , bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
5	Did you, your spouse or your registered civil union partner pay compulsory contributions to the German statutory pension insurance fund for an employment / occupation outside Germany immediately before or during a child rearing period?	☐ no nein ☐ yes ja		Haben Sie, Ihr Ehegatte oder Ihr Eingetragener Lebenspartner unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur deutschen gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?
6	Were you a member or civilian component of foreign military forces within the meaning of the NATO Status of Forces Agreement, a member of the allied authorities and forces in Germany, including Berlin (West), or a family member of those immediately before the birth of one of the children or during the claimed child rearing periods?	☐ no nein ☐ yes ja		Waren Sie unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?



**H Further information concerning
other benefits****Weitere Angaben zu sonstigen
Ansprüchen**

1 Have you already applied for, are you receiving or have you received a Canadian or other foreign pension? ☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis If yes, please indicate: - periods benefits were received - type of benefit - insurance agency (name and address) - insurance or reference number	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis	Haben Sie bereits eine kanadische oder eine andere ausländische Rente beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer oder Aktenzeichen
2 Have you applied for, are you receiving or have you received survivor's benefits under the German pension insurance? ☐ no nein ☐ yes ja If yes, please indicate: - name and first name of the deceased spouse - date of death - insurance agency - insurance number or date of birth of the deceased partner	☐ no nein ☐ yes ja Day Tag Month Monat Year Jahr Day Tag Month Monat Year Jahr	Haben Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen Rentenversicherung beantragt, wird oder wurde eine solche bezogen? Falls ja, bitte angeben: - Name und Vorname des verstorbenen Ehegatten - Sterbetag - Versicherungsträger - Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Partners
3 Have you applied for or received a pension or lump-sum settlement from the German, the Canadian or another foreign accident insurance? ☐ no nein ☐ yes ja If yes, please indicate: - insurance agency and country (name and address) - reference number	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie eine Leistung aus der deutschen, der kanadischen oder einer anderen ausländischen Unfallversicherung beantragt oder wird eine Unfallrente bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt? Falls ja, bitte angeben: - Versicherungsträger und Staat (Name und Anschrift) - Aktenzeichen



I Declaration

I assure that I have answered all questions in this application to the best of my knowledge. I am aware that if I have deliberately given false information, I become liable to prosecution by the authorities of the Federal Republic of Germany.

After application for and award of the pension, **I undertake** to immediately inform the pension insurance agency responsible for the payment of benefits of all changes which have an effect on the receipt of benefits and to pay back any overpaid amounts to the pension insurance agency.

I herewith authorize Service Canada to give any and all information contained in its files to the competent German pension insurance agency, pertaining to citizenship, statelessness or refugee-status, the insured status (Canadian insurance record), the entitlement to pension benefits and child's benefit and the amounts. If it is necessary for the benefit claimed, furthermore **I authorize** Service Canada to obtain medical reports from physicians and hospitals for the competent German pension insurance agency.

I consent that any information and evidence submitted, which applies to this application or which is required after a decision is reached concerning this application, may be given by Service Canada to the competent German pension insurance agency and by the competent German pension insurance agency to Service Canada to enable a decision on the entitlement to benefits.

If it is necessary for processing the pension application, **I consent** that all medical evaluations and reports I submit for the pension procedure or contained in the files or issued during the pension procedure may be examined and used by the competent German pension insurance agency or Service Canada. I further consent that the treating physicians, psychologists, and institutions give any necessary information about my health to these pension insurance agencies. This includes forwarding any medical document currently in their possession or issued during the pension procedure.

I understand that I can withdraw my consents at any time with effect for the future.

The withdrawal of consent shall not affect the lawfulness of processing based on consent before its withdrawal.

Erklärung

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.

Ich verpflichte mich, dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und Bewilligung der Rente unverzüglich jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder den Anspruch selbst beeinflusst, schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Rentenversicherungsträger zurückzuzahlen.

Ich ermächtige hiermit Service Canada, dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den kanadischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung und Kinderleistung sowie dessen Höhe zu geben, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **ermächtige ich** Service Canada zudem, ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger zu beschaffen.

Ich willige ein, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, von Service Canada dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und vom zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger Service Canada zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.

Soweit für die Bearbeitung des Rentenanspruchs erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder Service Canada eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Rentenversicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Signature of the applicant /
Unterschrift der antragstellenden Person**

Date / Datum

Signature / Unterschrift

Please also complete and sign the
Declaration concerning Payment in part J.

In case of an application for **a pension due to reduction in earning capacity**, please also complete part K.

Bitte noch die **Zahlungserklärung** in Teil J ausfüllen und unterschreiben!

Bei Antrag auf **Rente wegen Erwerbsminderung** bitte auch Teil K ausfüllen!



PANR	Versicherungsnummer Insurance number / Numéro d'assurance	BX ZA NR NR	Kennzeichen (soweit bekannt) Code (if known) / Code (si vous en avez connaissance)

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben
Please quote the insurance number, the code (if known) and the insured's personal data in any communication
Prière d'indiquer le numéro d'assurance, le code (si vous en avez connaissance) et l'état civil de l'assuré dans toute correspondance

J Zahlungserklärung

Declaration concerning Payment

Déclaration au sujet du paiement de la pension

Name, Vorname der rentenberechtigten Person Surname, first name of the beneficiary / Nom, prénom du titulaire de la pension	
Straße, Hausnummer Street, house number / Rue, numéro	
Postleitzahl Postal code / Code postal	Wohnort, Bundesstaat, Land Place of residence, federal state, country / lieu de résidence, état fédéral, pays

1. Angaben zur Bankverbindung

Details of the bank account

Coordonnées bancaires

Zutreffendes ankreuzen

Check where applicable

Cochez la case correspondante

IBAN - International Bank Account Number	BIC/Swift-Code
Kontonummer Account number / Numéro de compte	☐ EURO - Konto ¹ EURO account ² / Compte en EUROS ³ NUR USA USA ONLY / UNIQUEMENT POUR LES ETAS-UNIS ☐ C = checking account / compte courant ☐ S = savings account / compte d'épargne
Bankleitzahl / routing number / BSB number / branch institution number Bank sort code / Code bancaire	
Geldinstitut (Vollständiger Name und Anschrift) Financial institution (Full name and address) / Institut bancaire (dénomination et adresse complètes)	

¹ Bitte NUR ankreuzen, wenn es sich bei dem Konto um ein EURO-Konto handelt.

² Please check ONLY if the account is a EURO account.

³ Crochez UNIQUEMENT s'il s'agit d'un compte en EUROS.

2. Angaben zur kontoinhabenden Person

Details of the account holder

Titulaire du compte

- ☐ Ich bin allein verfügungsberechtigt über das genannte Konto
I have exclusive right of disposal of the above account
Je suis la seule personne autorisée à disposer dudit compte
- ☐ Ich habe eine Kontovollmacht über das genannte Konto erteilt (kontobevollmächtigte Person bitte bei 3. angeben)
I have granted a power of attorney for the above-mentioned account (please specify the authorized account user in No. 3)
Une procuration bancaire sur le compte mentionné ci-dessus a été donnée à (veuillez indiquer le titulaire de la procuration sur le compte au point n°3)



PANR	Versicherungsnummer Insurance number / Numéro d'assurance	BX ZA NR NR	Kennzeichen (soweit bekannt) Code (if known) / Code (si vous en avez connaissance)

noch Ziffer 2 / number 2 continued / suite point n° 2

☐ Bei dem genannten Konto handelt es sich um ein Gemeinschaftskonto (kontomitinhabende Person bitte bei 3. angeben)

The above-mentioned account is a joint account (please specify the co-account holder in No. 3)

Le compte mentionné ci-dessus est un compte commun (veuillez indiquer le co-titulaire du compte au point n°3)

☐ **NUR bei Bankkonto bei einem Geldinstitut in der EU:** Ich bin nicht innehabende Person des genannten Kontos (zahlungsempfangende Person bitte bei 3. angeben)

ONLY for bank accounts with a financial institution in the EU: I am not the holder of the above-mentioned account (please specify the person receiving the payment in No. 3)

UNIQUEMENT pour un compte détenu dans un institut bancaire de l'UE : Je ne suis pas le détenteur du compte mentionné ci-dessus (veuillez indiquer la personne recevant le paiement au point n°3)

3. Zusätzliche Angaben (kontobevollmächtigte oder kontomitinhabende Person oder zahlungsempfangende Person für Konten in der EU)

Additional information (authorized account user or co-account holder, or person receiving the payment for accounts in the EU)

Informations complémentaires (titulaire de la procuration sur le compte ou co-titulaire du compte ou personne recevant le paiement pour les comptes dans l'UE)

Name, Vorname, Familienverhältnis zur rentenberechtigten Person Surname, first name, family relationship to the pension beneficiary / Nom, prénom, lien de parenté avec le bénéficiaire de la pension
Straße, Hausnummer Street, house number / Rue, numéro
Wohnort, Postleitzahl, Land Place of residence, postal code, country / Lieu de résidence, code postal, pays

Datum Date Date	Unterschrift der rentenberechtigten Person Signature of beneficiary Signature de la personne titulaire de la pension
------------------------------	---

Datum Date Date	Unterschrift der kontobevollmächtigten Person Signature of authorized account user Signature du titulaire de la procuration sur le compte
------------------------------	--

Datum Date Date	Unterschrift der konto(mit)inhabenden Person Signature of co-account holder Signature du co-titulaire du compte
------------------------------	--

Datum Date Date	Unterschrift der zahlungsempfangenden Person Signature of the person receiving the payment Signature de la personne recevant le paiement
------------------------------	---

Hinweis zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten: Ihre Daten verarbeiten wir zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung entsprechend Art. 6 Abs. 1 Buchstabe c) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Detaillierte Informationen dazu wie Rechtsgrundlagen, Zweck der Verarbeitung, Speicherdauer, Kontaktdaten von Datenschutzbeauftragter und -aufsichtsbehörde sowie zu Ihren Rechten nach der DS-GVO erhalten Sie auf unserer Internetseite www.rentenservice.de oder auf schriftliche Anfrage bei Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin, Deutschland.

Information about the use of your personal data: We process your data to fulfil a legal obligation pursuant to Article 6, Paragraph 1, Letter c) of the European Union General Data Protection Regulation (EU GDPR). Detailed information regarding this, such as the legal basis, the processing purpose, the storage duration, the data protection officer's contact details, the supervisory authority and your rights under the EU GDPR, can be found on our website www.rentenservice.de or on written request to Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin, Germany.

Information sur l'utilisation de vos données personnelles : Nous traitons vos données afin de respecter une obligation légale, conformément aux dispositions de l'article 6, paragraphe 1, point c) du règlement général sur la protection des données (RGPD). Des informations détaillées sur ce sujet, telles que le fondement juridique, la finalité, la durée de conservation des données, les coordonnées du délégué à la protection des données et de l'autorité de contrôle, ainsi que sur les droits dont vous bénéficiez en vertu du RGPD sont à votre disposition sur notre site Internet www.rentenservice.de ou sur demande écrite à adresser à Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 13497 Berlin, Allemagne.



K Information concerning reduced earning capacity

Please fill out this section only if you apply for benefits for reduction in earning capacity

Should you have at your disposal medical documents/hospital reports, please enclose copies.

Angaben zur Erwerbsminderung

Bitte nur ausfüllen, wenn Rente wegen Erwerbsminderung beantragt wird

Sollten Sie über aktuelle ärztliche Unterlagen / Krankenhausberichte verfügen, so legen Sie diese bitte in Kopie bei.

1	Are you currently unable to work due to illness? If yes, since when?	☐ no nein ☐ yes ja Day Tag Month Monat Year Jahr	Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? Falls ja, seit wann?
2	Since when do you estimate that your earning capacity has been reduced?	Day Tag Month Monat Year Jahr	Seit wann halten Sie sich für erwerbsgemindert?
3	Did you receive as from this date income resulting from - dependent employment (inclusive early retirement benefits from the employer) indicate monthly gross income (Please submit certificate from the employer) - self-employment (business establishment, freelance work; agriculture and forestry etc.) indicate monthly prospective profit according to tax law (Please submit last Tax Return Form or certificate from the tax consultant)	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt Erwerbseinkommen bezogen aus - abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgeld vom Arbeitgeber) monatliche Bruttoeinkünfte (Bitte Bescheinigung des Arbeitgebers beifügen) - selbständige Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit; Land- und Forstwirtschaft) voraussichtlicher monatlicher steuerrechtlicher Gewinn (Bitte letzte Steuerklärung oder Bescheinigung des Steuerberaters beifügen)
4	Did you receive as from this date short-term income as substitute for an income from a gainful employment from - statutory benefits for inability to work due to illness, accident, occupational disease etc. Type of benefit Periods of drawing the benefit Monthly gross benefit (Please submit proof) - statutory benefits for unemployment, short time work - statutory benefits for maternity (only until December 31, 2022) Type of benefit Periods of drawing the benefit Monthly gross benefit (Please submit proof) I agree that a repayable amount of up to 300 EUR may be withheld from my continuing pension payments up to half of the amount of my monthly pension payments.	☐ no nein ☐ yes ja	Haben Sie ab diesem Zeitpunkt kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen bezogen aus - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Unfalls, Berufskrankheit usw. Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe der monatlichen Bruttoleistung (Bitte Nachweis beifügen) - gesetzlicher Leistung wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeitergeld - gesetzlicher Leistung wegen Mutterschaft (nur bis 31. Dezember 2022) Art der Leistung Bezugszeitraum Höhe der monatlichen Bruttoleistung (Bitte Nachweis beifügen) Ich bin damit einverstanden, dass ein zurückzahlender Betrag von bis zu 300 EUR von meiner laufenden Rente bis zu deren Hälfte einbehalten wird.



5	Due to which illness do you estimate that your earning capacity is reduced? (Please submit your medical findings and documents)		Wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie Ihre ärztlichen Befunde und Unterlagen bei)						
6	What types of work do you consider yourself still able to perform? To what extent?	hours per day / Stunden täglich	Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? In welchem Umfang?						
7	Did you complete successfully a vocational training, retraining, earn further qualifications or were you a trainee? Commencement and end profession or job you trained for (Please submit proof)	☐ no nein ☐ yes ja ☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis	Haben Sie erfolgreich eine Berufsausbildung, Umschulung, weitere Qualifizierung absolviert oder bestand ein Anlernverhältnis? Beginn und Ende erlernter oder angelernter Beruf (Bitte Nachweis beifügen)						
8	Was the impairment of health caused by an occupational disease, an accident or another person? If yes , please indicate: - the cause - the day of accident If the accident was caused by another person, please indicate the name and address of the person responsible. Has a claim for compensation of damages been filed? If yes , against whom? (Please indicate name and address)	☐ no nein ☐ yes ja <table border="1"> <tr> <td>Day Tag</td> <td>Month Monat</td> <td>Year Jahr</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ☐ no nein ☐ yes ja	Day Tag	Month Monat	Year Jahr				Ist die Gesundheitsstörung durch eine Berufskrankheit, einen Unfall oder eine andere Person verursacht worden? Falls ja , bitte angeben: - die Ursache - der Tag des Unfalls Falls der Unfall durch eine andere Person verursacht wurde, bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben. Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? Falls ja , gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben)
Day Tag	Month Monat	Year Jahr							
9	Did you receive medical outpatient treatment recently or were medical examinations arranged for you in recent years? (Please submit medical documents) If yes , please indicate: - name and address of physician - type of illness - dates of treatment	☐ no nein ☐ yes ja from / vom to / bis	Waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung oder wurden in den letzten Jahren ärztliche Untersuchungen veranlasst? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei) Falls ja , bitte angeben: - Name und Anschrift des Arztes - Art der Leiden - Beginn und Ende der Behandlung						



German Insurance Number / Deutsche Versicherungsnummer											

Code (if known) / Kennzeichen (soweit bekannt)			

10	Did you receive inpatient treatment in a hospital in recent years? (Please submit medical documents) If yes, please indicate: - name and address of the hospital - type of illness - dates of treatment	☐ no nein ☐ yes ja		Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung? (Bitte fügen Sie ärztliche Unterlagen bei) Falls ja, bitte angeben: - Name und Anschrift des Krankenhauses - Art der Leiden - Beginn und Ende der Behandlung
		from / vom	to / bis	



**Social Security Agreement between the Federal Republic
of Germany and Canada****Explanatory notes**

for completing the application for insured pension from
the German Pension Insurance
(form D/C 1)

Dear claimant,
to be able to decide on your application for a German pension
benefit it is necessary to answer the questions in the
application form.

These explanatory notes are to assist you in completing the
application form. Please read them through carefully and
answer as fully as possible all questions which apply to you.
This will avoid unnecessary delays in the processing of your
application.

As explained in the notes, you must attach certain
documentary proof to the claim. Upon filling out the application
please submit it forthwith. Do not retain it because you still wish
to obtain documents. You can file the missing documents
subsequently. Please indicate that documents are to follow.

Please only submit copies unless we expressly request the
original documents.

Please do not clip or staple the documents you submit.

Yours sincerely,
Your German pension insurance agency

**Part A
(Information about the insured)****Items 1 and 3 (Insurance numbers)**

Please enter here as far as possible your German as well as
your Canadian social insurance number for enabling an
assignment of your application to the responsible pension
insurance agency.

Please do not forget to indicate also in all future
correspondence the German insurance number.

Item 8 (Date of birth)

Please enclose a birth certificate if it has not yet been
submitted.

Item 11 (Present citizenship)

As proof of your present citizenship please submit one of the
following documents.

- If you have German citizenship:
valid passport, valid personal identity card, certificate of
naturalization
- If you have Canadian citizenship:
valid Canadian passport, birth certificate in case of a birth in
Canada or certificate of naturalization
- If you have the citizenship of another country:
valid passport, certificate of naturalization or other
documentary evidence of citizenship

**Sozialversicherungsabkommen zwischen der
Bundesrepublik Deutschland und Kanada****Erläuterungen**

zum Ausfüllen des Antrags auf Versichertenrente aus
der Deutschen Rentenversicherung
(Formblatt D/C 1)

Sehr geehrte Antragstellerin / Sehr geehrter Antragsteller,
um über Ihren Antrag auf eine deutsche Rentenleistung
entscheiden zu können, ist die Beantwortung der Fragen im
Antragsvordruck erforderlich.

Diese Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des
Antragsvordrucks helfen. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch
und beantworten Sie alle die Sie betreffenden Fragen im
Antragsvordruck so vollständig wie möglich. Dadurch können
unnötige Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrags
vermieden werden.

Wie in den Erläuterungen ausgeführt, müssen Sie dem Antrag
bestimmte Beweismittel beifügen. Wenn Sie den Antrag
ausgefüllt haben, reichen Sie ihn bitte unverzüglich ein. Halten
Sie ihn nicht deswegen zurück, weil Sie noch Unterlagen
beschaffen wollen. Die fehlenden Unterlagen können Sie
nachreichen. Weisen Sie bitte darauf hin, dass noch
Unterlagen folgen.

Sofern wir nicht ausdrücklich Originalunterlagen anfordern,
reichen Sie bitte Kopien ein.

Bitte heften oder klammern Sie einzusendende Unterlagen
nicht.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Deutsche Rentenversicherung

**Teil A
(Angaben zur versicherten Person)****Punkte 1 und 3 (Versicherungsnummern)**

Bitte geben Sie hier nach Möglichkeit sowohl die deutsche als
auch die kanadische Versicherungsnummer an, damit Ihr
Antrag dem zuständigen Rentenversicherungsträger
zugeordnet werden kann.

Vergessen Sie bitte nicht, auch auf allen zukünftigen
Schreiben die deutsche Versicherungsnummer anzugeben.

Punkt 8 (Geburtsdatum)

Bitte fügen Sie eine Geburtsurkunde bei, sofern diese uns
noch nicht vorgelegen hat.

Punkt 11 (Aktuelle Staatsangehörigkeit)

Als Nachweis Ihrer aktuellen Staatsangehörigkeit legen Sie
bitte eine der nachstehend genannten Unterlagen vor.

- Sofern Sie die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen:
gültigen Reisepass, gültigen Personalausweis,
Einbürgerungsurkunde
- Sofern Sie die kanadische Staatsangehörigkeit besitzen:
gültigen kanadischen Reisepass, Geburtsurkunde bei
Geburten in Kanada oder Einbürgerungsurkunde
- Sofern Sie die Staatsangehörigkeit eines anderen Staates
besitzen:
gültigen Reisepass, Einbürgerungsurkunde oder einen
anderen Nachweis der Staatsangehörigkeit

Part B

(Application filed by another person)

If the claim is lodged not by the pension beneficiary, but by another person (e.g. a person with power of attorney, a guardian, a conservator), the personal details of this person are to be entered here. As proof of authorization, e.g. a power of attorney, letters of guardianship or letters of conservatorship have to be presented.

If you wish that the authorized representative or caregiver receives the payments this must be unequivocally stated in the proof of authorization. The proof must then be submitted in the original or as a certified true copy. Sending the scanned document via email or fax is not sufficient.

Part C

(Type of benefit claimed and pension start)

In this Part you have to mark with a cross which pension you are claiming from the German pension insurance agency. The following is a list of the pensions available and the conditions which must be met. The minimum periods of insurance necessary (qualifying periods and periods of employment and activity) can be satisfied by **totalizing** German insurance periods and Canadian insurance periods.

Entitlement to certain German pensions (e.g. reduced earning capacity pensions) also requires that a certain number of contributions or periods of sustained entitlement have been completed within a defined period of time. This period of time can be extended by different occurrences (also known as "Verlängerungstatbestände" i.e. occurrences leading to the extension of this period). The following Canadian occurrences are regarded as equal to German occurrences leading to the extension of the above period or to periods of sustained entitlement:

- Periods of receipt of a Canadian disability or old age pension,
- Periods of receipt of Canadian benefits on account of sickness, unemployment, or industrial accidents (with the exception of pensions),
- Periods of bringing up children in Canada.

Item 1 (Old-age pension)

Different types of old-age pensions, each with different eligibility requirements, can be received from the German pension insurance. Please find below the explanation for each old-age pension.

You can receive all old-age pensions prior to reaching the regular retirement age as full pension or partial pension. You are free to choose the portion of your partial pension you wish to receive as long as it is at least 10 % of your full pension. Until December 31, 2022 you cannot choose a partial pension which is more than the amount which results after the set-off of your additional income. (cf. also the explanatory notes on item 5).

Teil B

(Antragstellung durch andere Person)

Wird der Antrag nicht von der rentenberechtigten Person selbst, sondern von einer anderen Person (z. B. einem Bevollmächtigten, Vormund, Betreuer) gestellt, sind hier die Personalien dieser Person einzutragen. Als Nachweis der Berechtigung ist z. B. eine Vollmacht, Bestallungsurkunde oder der Betreuerausweis vorzulegen.

Wünschen Sie eine Geldzahlung an den Bevollmächtigten oder Betreuer, so muss dies unzweifelhaft aus dem Nachweis hervorgehen. Der Nachweis muss dann im Original oder als bestätigte Kopie vorgelegt werden. Eine Zusendung des gescannten Dokuments per E-Mail oder per Telefax reicht nicht aus.

Teil C

(Beantragte Leistungsart und Rentenbeginn)

In diesem Teil müssen Sie ankreuzen, welche Rente Sie aus der deutschen Rentenversicherung beantragen. Welche Renten es gibt und welche Voraussetzungen vorliegen müssen, nennen wir Ihnen nachstehend. Die erforderlichen Mindestversicherungszeiten (Wartezeiten und Zeiten der Beschäftigung und Tätigkeit) können durch **Zusammenrechnung** deutscher Versicherungszeiten und kanadischer Versicherungszeiten erfüllt werden.

Der Anspruch auf bestimmte deutsche Renten (z. B. die Rente wegen Erwerbsminderung) setzt unter anderem auch voraus, dass innerhalb eines festgelegten Zeitraums eine bestimmte Anzahl von Beiträgen oder sogenannten Anwartschaftserhaltungszeiten vorhanden sind, wobei sich der Zeitraum um verschiedene Tatbestände (sogenannte Verlängerungstatbestände) verlängert. Folgende kanadische Tatbestände sind deutschen Verlängerungstatbeständen beziehungsweise Anwartschaftserhaltungszeiten gleichgestellt:

- Zeiten des Bezuges einer kanadischen Invaliditäts- oder Altersrente,
- Zeiten des Bezuges von kanadischen Leistungen wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfällen (mit Ausnahme von Renten),
- Zeiten der Kindererziehung in Kanada.

Punkt 1 (Altersrente)

Aus der deutschen Rentenversicherung gibt es verschiedene Arten von Altersrenten mit jeweils unterschiedlichen Anspruchsvoraussetzungen. Nachfolgend werden die einzelnen Altersrenten erläutert.

Alle Altersrenten vor Erreichen der Regelaltersgrenze können Sie als Vollrente oder als Teilrente beziehen. Der Anteil der Teilrente kann beliebig gewählt werden, solange er mindestens 10 % der Vollrente beträgt. Die Teilrente kann bis 31.12.2022 höchstens in der Höhe in Anspruch genommen werden, die sich nach der Anrechnung eines Hinzuverdienstes ergibt (siehe auch die Erläuterungen zu Punkt 5).

Regular old-age pension

This old-age pension can be claimed if you have reached the standard retirement age and if you have completed the general qualifying period of five years. You can carry out employment or an activity without restriction while receiving this old-age pension.

The retirement age is raised gradually to the age of 67. If you were born from 1947 to 1963, the standard retirement age is raised at first in monthly steps, and from 2024 in two-monthly steps. If you were born after December 31, 1963, the standard retirement age is 67.

Regelaltersrente

Diese Altersrente können Sie beanspruchen, wenn Sie die Regelaltersgrenze erreicht und die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben. Neben dieser Altersrente können Sie uneingeschränkt eine Beschäftigung oder Tätigkeit ausüben.

Die Regelaltersgrenze wird stufenweise auf das 67. Lebensjahr angehoben. Sind Sie in den Jahren 1947 bis 1963 geboren, steigt die Regelaltersgrenze zunächst in Monats-, ab 2024 in Zwei-Monatsschritten. Sind Sie nach dem 31.12.1963 geboren, liegt die Regelaltersgrenze bei 67 Jahren.

Insured year of birth Versicherter Geburtsjahr	Increase by ... month(s) Anhebung um ... Monat(e)	To the age	
		of years Jahr	month(s) Monat(e)
1947	1	65	1
1948	2	65	2
1949	3	65	3
1950	4	65	4
1951	5	65	5
1952	6	65	6
1953	7	65	7
1954	8	65	8
1955	9	65	9
1956	10	65	10
1957	11	65	11
1958	12	66	0
1959	14	66	2
1960	16	66	4
1961	18	66	6
1962	20	66	8
1963	22	66	10
as from / ab 1964	24	67	0

Old-age pension for persons insured for a long time

You can claim this old-age pension if you have reached the applicable retirement age and if you have completed the qualifying period of 35 years. Until December 31, 2022 an employment or activity could be carried out only to a restricted extent (cf. explanatory notes on item 5).

If you were born as from 1964, the retirement age is 67. If you were born 1949 to 1963, the retirement age of 63 is raised as follows; a premature claim as from completion of the 63rd year of life leads then to a reduction:

Altersrente für langjährig Versicherte

Diese Altersrente können Sie beanspruchen, wenn Sie die maßgebliche Altersgrenze erreicht und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben. Eine Beschäftigung oder Tätigkeit durfte bis 31.12.2022 nur eingeschränkt ausgeübt werden (siehe Erläuterungen zu Punkt 5).

Wurden Sie ab 1964 geboren, liegt die Altersgrenze bei 67 Jahren. Wurden Sie 1949 bis 1963 geboren, wird die Altersgrenze von 63 Jahren wie folgt angehoben; eine vorzeitige Inanspruchnahme ab Vollendung des 63. Lebensjahres ist dann mit einem Abschlag verbunden:

Insured Month of birth or year of birth	Raise of the retirement age by ... month(s)	Future normal start of pension		Reduction in case of a start of pension with 63 in %
		with years	month(s)	
Versicherter Geburtsjahr bzw. Geburtsmonat	Anhebung der Altersgrenze um ... Monat(e)	künftiger normaler Rentenbeginn mit Jahren	Monat(en)	Abschlag bei Rentenbeginn mit 63 in %
Jan 1949	1	65	1	7,5
Feb 1949	2	65	2	7,8
March - Dec 1949	3	65	3	8,1
1950	4	65	4	8,4
1951	5	65	5	8,7
1952	6	65	6	9,0
1953	7	65	7	9,3
1954	8	65	8	9,6
1955	9	65	9	9,9
1956	10	65	10	10,2
1957	11	65	11	10,5
1958	12	66	0	10,8
1959	14	66	2	11,4
1960	16	66	4	12,0
1961	18	66	6	12,6
1962	20	66	8	13,2
1963	22	66	10	13,8
as from / ab 1964	24	67	0	14,4

Old-age pension for persons insured for a particularly long time

You may claim this pension without deduction if you are at least 63 years old and if you have fulfilled the qualifying period of 45 years. Until December 31, 2022 employment or work could be carried out only to a restricted extent (see explanatory notes on item 5). For insured persons born as from 1953 the retirement age of 63 years is raised as follows:

Altersrente für besonders langjährig Versicherte

Diese Altersrente können Sie ohne Rentenabschläge beanspruchen, wenn Sie mindestens 63 Jahre alt sind und die Wartezeit von 45 Jahren erfüllt haben. Eine Beschäftigung oder Tätigkeit durfte bis 31.12.2022 nur eingeschränkt ausgeübt werden (siehe Erläuterungen zu Punkt 5). Für Versicherte, die ab 1953 geboren sind, wird die Altersgrenze von 63 Jahren wie folgt angehoben:

Insured Year of birth	Increase by ... months	To the age	
		of years	months
Versicherter Geburtsjahr	Anhebung um ... Monate	auf das Alter Jahr	Monate
1953	2	63	2
1954	4	63	4
1955	6	63	6
1956	8	63	8
1957	10	63	10
1958	12	64	0
1959	14	64	2
1960	16	64	4
1961	18	64	6
1962	20	64	8
1963	22	64	10
as from / ab 1964	24	65	0

Certain periods of unemployment (periods during which 'Bürgergeld', unemployment benefits II or unemployment support were received) and periods from the settlement of pension entitlements or pension benefits splitting are not taken into consideration for the 45 years. Periods during which unemployment benefits were received during the last two years before retirement are included only if they are the result of an insolvency or a complete cessation of business of the employer. Voluntary contributions are taken into consideration only if at least 18 years of compulsory contributions exist.

Old-age pension for persons severely disabled

You may claim this old-age pension if you have reached the applicable retirement age and if you have fulfilled the qualifying period of 35 years as well as in case of a start of pension as severely disabled person in the sense of the German Social Code (§ 2 paragraph 2 Volume IX of the German Social Code / SGB IX). Until December 31, 2022 an employment or activity was allowed to be carried out only to a restricted extent (cf. explanatory notes on item 5).

If you were born 1952 to 1963, the retirement age is raised gradually. The premature commencement with reduction is thereby also postponed. If you were born as from 1964, your retirement age is 65 and you can claim it prematurely with 62 with a reduction of 10.8%.

Bestimmte Zeiten der Arbeitslosigkeit (Zeiten des Bezugs von Bürgergeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe) und Zeiten aus dem Versorgungsausgleich oder Rentensplitting werden für die 45 Jahre nicht berücksichtigt. Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld in den letzten zwei Jahren vor Rentenbeginn zählen nur mit, wenn diese Folge einer Insolvenz oder vollständigen Geschäftsaufgabe des Arbeitgebers sind. Freiwillige Beiträge werden nur berücksichtigt, wenn mindestens 18 Jahre mit Pflichtbeiträgen vorhanden sind.

Altersrente für schwerbehinderte Menschen

Diese Altersrente können Sie beanspruchen, wenn Sie die maßgebliche Altersgrenze erreicht und die Wartezeit von 35 Jahren erfüllt haben sowie bei Beginn der Rente als schwerbehinderter Mensch im Sinne des deutschen Sozialgesetzbuches (§ 2 Abs. 2 SGB IX) anerkannt sind. Eine Beschäftigung oder Tätigkeit durfte bis 31.12.2022 nur eingeschränkt ausgeübt werden (siehe Erläuterungen zu Punkt 5).

Wurden Sie 1952 bis 1963 geboren, wird die Altersgrenze stufenweise angehoben. Dadurch verschiebt sich auch der vorzeitige Beginn mit Abschlag. Wurden Sie ab 1964 geboren, liegt die Altersgrenze bei 65 Jahren und sie können sie vorzeitig mit 62 Jahren und einem Abschlag von 10,8 % in Anspruch nehmen.

Insured Month of birth or year of birth	Raise of the retirement age by ... month(s)	Future normal start of pension		Earliest possible start of pension with 10.8 % reduction	
		with years	month(s)		
Versicherter Geburtsjahr bzw. Geburtsmonat	Anhebung der Altersgrenze um ... Monat(e)	künftiger normaler Rentenbeginn mit Jahren	Monat(en)	frühestmöglicher Rentenbeginn mit 10,8 % Abschlag	
Jan 1952	1	63	1	60	1
Feb 1952	2	63	2	60	2
March 1952	3	63	3	60	3
April 1952	4	63	4	60	4
May 1952	5	63	5	60	5
June - Dec 1952	6	63	6	60	6
1953	7	63	7	60	7
1954	8	63	8	60	8
1955	9	63	9	60	9
1956	10	63	10	60	10
1957	11	63	11	60	11
1958	12	64	0	61	0
1959	14	64	2	61	2
1960	16	64	4	61	4
1961	18	64	6	61	6
1962	20	64	8	61	8
1963	22	64	10	61	10
as from / ab 1964	24	65	0	62	0

Old-age pension for miners who have had long-term underground employment

You may claim this pension if you have reached the applicable retirement age and if you have fulfilled the qualifying period of 25 years based on employment with permanent underground work in **Germany**.

Until December 31, 2022 an employment or activity could be carried out only to a restricted extent (cf. explanatory notes on item 5).

If you were born 1952 to 1963, the retirement age of 60 is raised gradually. If you were born as from 1964, the retirement age is 62 years.

Item 2 (Benefits for reduction in earning capacity)

These pensions are

- pension on account of partial or complete reduction in earning capacity,
- pension for miners.

You can claim these pensions before reaching the retirement age (see item 1 under regular old-age pension) if your earning capacity is restricted. Whether the pension will be paid to you on account of partial or complete reduction in earning capacity depends on the extent to which gainful work is still possible.

A further condition is that, before the occurrence of the reduction in earning capacity, the general qualifying period of five years is completed and in the last five years before the occurrence of the reduction in earning capacity there is a period of three years of compulsory contribution completed. Canadian periods of contribution during which an employment or activity has been carried out are equated to German periods of compulsory contribution. The five-year period may be extended by German creditable periods, credited child rearing periods, and substitute periods as well as periods of receipt of a German reduced earning capacity pension and by certain occurrences that lead to the extension of the above period under Canadian law.

With regard to the pension for miners, for the conditions specified, only periods of compulsory contribution completed in miners' insurance can be taken into account. These include also Canadian periods of contribution in which the insured worked underground as a miner.

If in the five-year-period there are not three years of compulsory contributions available or equated Canadian periods of contribution, an entitlement still exists if the general qualifying period of five years was completed before January 1, 1984 and the time from January 1, 1984 on is recorded as being fully covered with German periods relevant in pension law or corresponding Canadian periods.

With regard to an employment or activity during the period of reduced earning capacity we refer you to the explanatory notes in Part K.

Altersrente für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute

Diese Altersrente können Sie beanspruchen, wenn Sie die maßgebliche Altersgrenze erreicht und die Wartezeit von 25 Jahren aufgrund einer Beschäftigung mit ständigen Arbeiten unter Tage in **Deutschland** erfüllt haben.

Eine Beschäftigung oder Tätigkeit durfte bis 31.12.2022 nur eingeschränkt ausgeübt werden (siehe Erläuterungen zu Punkt 5).

Wurden Sie 1952 bis 1963 geboren, wird die Altersgrenze von 60 Jahren stufenweise angehoben. Wurden Sie ab 1964 geboren, liegt die Altersgrenze bei 62 Jahren.

Punkt 2 (Rente wegen Erwerbsminderung)

Diese Renten sind die

- Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung,
- Rente für Bergleute.

Diese Renten können Sie vor Erreichen der Regelaltersgrenze (siehe zu Punkt 1 unter Regelaltersrente) beantragen, wenn Ihre Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist. Ob Ihnen eine Rente wegen teilweiser oder wegen voller Erwerbsminderung gezahlt wird, hängt vom Umfang der noch möglichen Erwerbstätigkeit ab.

Voraussetzung ist außerdem, dass vor Eintritt der Erwerbsminderung die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist und in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung drei Jahre Pflichtbeitragszeiten vorliegen.

Kanadische Beitragszeiten, in denen eine Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt wurde, stehen den deutschen Pflichtbeitragszeiten gleich. Der Zeitraum von fünf Jahren kann sich um deutsche Anrechnungs-, Berücksichtigungs- und Ersatzzeiten sowie um Zeiten des Bezuges einer deutschen Erwerbsminderungsrente und um bestimmte Verlängerungstatbestände nach kanadischem Recht verlängern.

Bei der Rente für Bergleute können für die genannten Voraussetzungen ausschließlich knappschaftliche Pflichtbeitragszeiten berücksichtigt werden. Hierzu zählen auch kanadische Beitragszeiten, in denen eine Beschäftigung als Bergmann unter Tage ausgeübt wurde.

Sind im Fünfjahreszeitraum keine drei Jahre Pflichtbeitragszeiten oder gleichgestellte kanadische Beitragszeiten vorhanden, so besteht auch dann ein Anspruch, wenn vor dem 01.01.1984 die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt war und die Zeit vom 01.01.1984 an durchgehend mit deutschen rentenrechtlichen Zeiten oder entsprechenden kanadischen Zeiten belegt ist.

Hinsichtlich einer Beschäftigung oder Tätigkeit während der Erwerbsminderung verweisen wir auf die Erläuterungen im Teil K.

Item 3 (Child-rearing benefits)

Entitlement to this pension exists only until the retirement age, if

- your marriage was dissolved after June 30, 1977,
- your divorced husband has died,
- you have raised a child or a frail child is being cared for,
- you have not married again and
- by the time of the death of your divorced husband the general qualifying period of five years has been completed.

Own income is offset against the child-rearing benefit if a specified exempt amount is exceeded.

Item 4 (Start of the old-age pension)

As described in item 1 the retirement age is raised gradually. Based on regulations regarding the protection of legitimate expectation in case of the old-age pension for persons severely disabled the pension may start earlier as described (however, with reductions). Therefore, please be sure to answer question 5 in Part D.

Here you can indicate whether you wish to claim the pension at the earliest time possible **with or without** reductions.

However, you may indicate also a **date** chosen by you.

Thereby the reductions may decrease or in case of a regular old-age pension this can lead even to supplements.

The chosen commencement date for the old-age pension is always to be given as the first of the month from which pension payment is desired.

Item 5 (Supplementary income in addition to the old-age pension)

If your early old-age pension starts before January 1, 2023 and you exceeded a certain additional earnings limit in the period up to December 31, 2022 you will not be entitled to the full amount of your old-age pension up to that date. However, we check whether your pension can be paid as a partial pension. The sum of your pension and your additional income may not exceed the amount of your income before the start of your pension. If your additional income is too high you are not entitled to a pension in the period up to December 31, 2022.

As of January 1, 2023 you will be able to pursue an employment or activity without any restrictions while receiving your early old-age pension.

Part D

(Additional information about the insured)

Items 1 and 2 (last German place of residence or leaving Germany)

This is firstly of significance for insured persons who have completed periods of contribution under Reich law (e.g. in East Prussia) or contribution periods under the Foreign Pension Act (e.g. in Russia or Hungary). They can be paid the pension from these periods of contribution to the extent of the same value as that of available Federal territory periods of contribution. Prerequisite for this is that the insured person was born before May 19, 1950 and lived normally abroad already before May 19, 1990.

Furthermore, these points are significant for checking how periods of contribution completed in the former German Democratic Republic and in the Reich territory are to be valued and until what date periods of child-rearing can be credited.

Punkt 3 (Erziehungsrente)

Ein Anspruch auf diese Rente besteht bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze, wenn

- Ihre Ehe nach dem 30. Juni 1977 geschieden ist,
- Ihr geschiedener Ehegatte gestorben ist,
- durch Sie ein Kind erzogen oder für ein gebrechliches Kind gesorgt wird,
- Sie nicht wieder geheiratet haben und
- bis zum Tod Ihres geschiedenen Ehegatten die allgemeine Wartezeit von fünf Jahren erfüllt ist.

Auf die Erziehungsrente wird eigenes Einkommen angerechnet, soweit ein bestimmter Freibetrag überschritten wird.

Punkt 4 (Beginn der Altersrente)

Wie zu Punkt 1 dargestellt, werden die Altersgrenzen stufenweise angehoben. Aufgrund von Vertrauensschutzregelungen kann es bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen zu einem früheren Rentenbeginn als dargestellt kommen (allerdings mit Abschlägen). Beantworten Sie daher unbedingt auch die Frage 5 im Teil D.

Sie können hier angeben, ob Sie die beantragte Rente zum frühestmöglichen Zeitpunkt **mit oder ohne** Rentenabschläge beanspruchen wollen. Sie können aber auch einen von Ihnen gewählten **Zeitpunkt** angeben. Dadurch können sich die Rentenabschläge vermindern oder bei der Regelaltersrente sogar Zuschläge ergeben.

Als Zeitpunkt des gewünschten Beginns der Altersrente ist immer der Erste des Monats anzugeben, von dem an die Rentenzahlung gewünscht wird.

Punkt 5 (Hinzuverdienst zur Altersrente)

Beginnt die vorgezogene Altersrente vor dem 01.01.2023 und wird bis 31.12.2022 eine bestimmte Hinzuverdienstgrenze überschritten, besteht bis dahin kein Anspruch auf die Altersrente als Vollrente. Wir prüfen jedoch, ob sie als Teilrente gezahlt werden kann. Rente und Hinzuverdienst dürfen insgesamt nicht höher sein, als Ihr Einkommen vor dem Rentenbezug. Ein Rentenanspruch besteht bis 31.12.2022 nicht, wenn Sie zu viel hinzuverdienen.

Ab 01.01.2023 können Sie neben einer vorgezogenen Altersrente uneingeschränkt eine Beschäftigung oder Tätigkeit ausüben.

Teil D

(Ergänzende Angaben zur versicherten Person)

Punkte 1 und 2 (letzter deutscher Wohnsitz bzw. Verlassen Deutschlands)

Dies ist zunächst für versicherte Personen von Bedeutung, die reichsgesetzliche Beitragszeiten (z. B. in Ostpreußen) oder Beitragszeiten nach dem Fremdrengengesetz (z. B. in Russland oder Ungarn) zurückgelegt haben. Ihnen kann die Rente aus diesen Beitragszeiten in dem gleichen wertmäßigen Umfang gezahlt werden, in dem Bundesgebiets-Beitragszeiten vorliegen. Voraussetzung hierfür ist, dass die versicherte Person vor dem 19.05.1950 geboren ist und sich bereits vor dem 19.05.1990 gewöhnlich im Ausland aufgehalten hat. Ferner sind diese Punkte für die Prüfung von Bedeutung, wie im Gebiet der ehemaligen DDR und im Reichsgebiet zurückgelegte Beitragszeiten zu bewerten sind und bis zu welchem Zeitpunkt Zeiten der Kindererziehung angerechnet werden können.

Item 3 (German personal identification number for tax purposes)

The German pension insurance institution is obligated to report annually the paid pension amounts to the Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA). If the German Bundeszentralamt für Steuern has already informed you of your personal identification number, please indicate it.

Item 4 (status as victim of persecution)

Persons who have been persecuted under the rule of National Socialism or Socialism have entitlement to a higher pension under certain conditions. Please state therefore whether you were one of these persons. Available documentary evidence is to be attached.

Item 5 (status as expelled person or refugee)

Expelled persons in the sense of the German Law on Expelled Persons are persons who as German citizens, or persons belonging to the German people, were expelled primarily from the Eastern Bloc countries after World War II. Refugees are persons who left the former German Democratic Republic including Berlin (East) because of the political situation prevailing there. Should you have received an I.D. card recognizing your status as an expelled person or refugee, this has to be enclosed with the application for pension.

Item 6 (protection of legitimate expectation)

For reasons of the protection of the legitimate expectation of the retirement age up to now, there is only one exception regarding the old-age pension for severely disabled persons: For insured persons who on January 1, 2007 were recognized in **Germany** as being a severely disabled person and

- born before January 1, 1955, and have reached an agreement on **German** "Altersteilzeit" (part-time retirement schemes) before January 1, 2007, or

- have received a **German** adjustment allowance for employees laid off in the mining industry, the retirement age is not being raised.

Should this exception apply in your case, please indicate this.

Part E

(Information concerning the German insurance record)

This Part is only to be filled in if you have not yet clarified your insured party account with the German pension insurance agency or if periods are not contained in your insurance record. In this case please give complete details on all missing **German** periods of employment, periods of self-employment and periods of voluntary contributions.

Please also address all the periods in which no employment or activity was carried out as under German law certain other periods can also lead to an increase in your pension. If certain conditions are met, it is possible for the following periods to be credited in determining your pension:

Punkt 3 (Deutsche persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke)

Der deutsche Rentenversicherungsträger ist verpflichtet, die gezahlten Rentenbeträge jährlich der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) zu melden. Sofern Ihnen dazu vom deutschen Bundeszentralamt für Steuern bereits eine persönliche Identifikationsnummer mitgeteilt wurde, geben Sie diese bitte an.

Punkt 4 (Verfolgte Eigenschaft)

Personen, die unter Herrschaft des Nationalsozialismus oder des Sozialismus verfolgt worden sind, haben unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf eine höhere Rente. Geben Sie daher an, ob Sie zu diesen Personen gehören. Vorhandene Unterlagen sind beizufügen.

Punkt 5 (Vertriebenen- oder Flüchtlingeigenschaft)

Vertriebene im Sinne des deutschen Vertriebengesetzes sind Personen, die nach dem Zweiten Weltkrieg als deutsche Staatsangehörige oder deutsche Volkszugehörige vor allem aus den Ostblockländern vertrieben worden sind. Flüchtlinge sind Personen, die die ehemalige DDR einschließlich Berlin (Ost) wegen der dort herrschenden politischen Verhältnisse verlassen haben. Soweit Sie im Besitz eines Vertriebenen- oder Flüchtlingsausweises sind, ist dieser dem Rentenantrag beizufügen.

Punkt 6 (Vertrauensschutz)

Aus Gründen des Vertrauensschutzes auf die bisherigen Altersgrenzen gibt es nur noch bei der Altersrente für schwerbehinderte Menschen eine Ausnahme:

Für Versicherte, die am 01.01.2007 als schwerbehinderter Mensch in **Deutschland** anerkannt waren und

- die vor dem 01.01.1955 geboren sind und vor dem 01.01.2007 eine Vereinbarung über **deutsche** Altersteilzeit vereinbart haben oder

- **deutsches** Anpassungsgeld für entlassene Arbeitnehmer des Bergbaus bezogen haben, werden die Altersgrenzen nicht angehoben.

Sollte diese Ausnahme bei Ihnen vorliegen, weisen Sie uns bitte darauf hin.

Teil E

(Angaben zum deutschen Versicherungsleben)

Diesen Teil brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie Ihr Versichertenkonto bisher noch nicht mit dem deutschen Rentenversicherungsträger geklärt haben oder Zeiten nicht in ihrem Versicherungsverlauf enthalten sind. In diesem Fall geben Sie bitte lückenlos alle fehlenden **deutschen** Beschäftigungszeiten, Zeiten der selbständigen Tätigkeit und freiwilligen Beitragszahlungen an.

Äußern Sie sich bitte auch zu allen Zeiten, in denen Sie eine Beschäftigung oder Tätigkeit nicht ausgeübt haben, da nach deutschem Recht auch bestimmte andere Zeiten zur Erhöhung Ihrer Rente führen können. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ist die Anrechnung folgender Zeiten bei Feststellung Ihrer Rente möglich:

- periods of military service and war service, in the Volkssturm civil defence corps, in the Reich service corps or service as defence force assistants, in the mine clearance service after May 8, 1945 and periods as a prisoner of war;
- periods of internship or deportation after May 8, 1945;
- prevention by hostile measures of a return from abroad of non-participants in war;
- in the case of persons persecuted under National Socialism, periods of freedom limitation, of denial of freedom and persecution related periods spent outside the country up to December 31, 1949;
- periods of political imprisonment in the former German Democratic Republic or the Eastern Bloc countries;
- in the case of expelled persons and refugees, periods of expulsion and flight.

Part F

(Further information concerning the insurance record)

Item 1 (refund of contributions)

The entitlement arising from contributions which have been reimbursed is extinguished. Therefore please state whether contributions have ever been refunded to you by a German pension insurance agency.

Item 2 (settlement of pension entitlements)

Please indicate whether a settlement of pension entitlements has been carried out when the marriage or the civil partnership was dissolved. In that case we check whether you are entitled to a higher or smaller pension. Important is also whether you are obligated to pay alimony to your former spouse or same sex life partner or whether you have paid him / her an alimony settlement.

Item 3 (vocational training)

When the pension is calculated periods of vocational training in **Germany** (e. g. apprenticeship, further vocational training, re-training) are especially evaluated.

An apprenticeship not subject to compulsory contributions or exempt from insurance after completion of the 17th year of life until February 28, 1957 **in Germany** or until August 31, 1957 in Saarland can be taken into consideration as accounted period if the apprenticeship has been completed.

Item 4 (sickness)

Periods of sickness or rehabilitation can be taken into consideration as accounted periods if you have interrupted a **German** employment or activity subject to compulsory contributions. Prior to January 1, 1984 your sickness or rehabilitation must have lasted at least one calendar month.

Item 5 (unemployment)

Periods of unemployment with or without receipt of benefits can be taken into consideration as accounted periods if you have interrupted a **German** employment or activity subject to compulsory contributions. Prior July 1, 1978 an unemployment with receipt of benefits must have lasted at least one calendar month. The same applies to unemployment without receipt of benefits prior to January 1, 1992.

- Zeiten des Wehr- und Kriegsdienstes, des Volkssturms, des Reichsarbeitsdienstes oder des Dienstes als Wehrmachtshefter, des Minenräumdienstes nach dem 08.05.1945 sowie Zeiten der Kriegsgefangenschaft;
- Zeiten der Internierung oder Verschleppung nach dem 08.05.1945;
- eine durch feindliche Maßnahmen verhinderte Rückkehr von Nichtkriegsteilnehmern aus dem Ausland;
- bei Verfolgten des Nationalsozialismus Zeiten der Freiheitsbeschränkung, der Freiheitsentziehung und des verfolgungsbedingten Auslandsaufenthaltes bis zum 31.12.1949;
- Zeiten der politischen Haft in der ehemaligen DDR oder den Ostblockländern;
- bei Vertriebenen und Flüchtlingen Zeiten der Vertreibung und der Flucht.

Teil F

(Weitere Angaben zum Versicherungsleben)

Punkt 1 (Beitragserstattung)

Aus erstatteten Beiträgen sind die Ansprüche erloschen. Geben Sie daher an, ob Ihnen von einem deutschen Rentenversicherungsträger jemals Beiträge zurückgezahlt worden sind.

Punkt 2 (Versorgungsausgleich)

Bitte geben Sie hier an, ob für Sie bei Aufhebung der Ehebeziehungsweise Lebenspartnerschaft ein Versorgungsausgleich durchgeführt wurde. Wir prüfen dann, ob Ihnen eine höhere oder niedrigere Rente zusteht. Dabei ist auch von Bedeutung, ob Sie ihrem früheren Ehe- oder gleichgeschlechtlichen Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet sind oder ihm eine Unterhaltsabfindung gezahlt haben.

Punkt 3 (Berufsausbildung)

Die Zeiten einer Berufsausbildung in **Deutschland** (z. B. Lehrzeit, berufliche Fortbildung, Umschulung) werden bei der Rentenberechnung besonders bewertet.

Eine nicht versicherungspflichtige oder versicherungsfreie Lehrzeit nach Vollendung des 17. Lebensjahres bis zum 28.02.1957 **in Deutschland** beziehungsweise 31.08.1957 im Saarland kann als Anrechnungszeit berücksichtigt werden, wenn die Lehrzeit abgeschlossen wurde.

Punkt 4 (Krankheit)

Zeiten der Krankheit oder der Rehabilitation können als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden, wenn sie eine **deutsche** versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit unterbrochen haben. Vor dem 01.01.1984 muss die Krankheit oder die Rehabilitation mindestens einen Kalendermonat angedauert haben.

Punkt 5 (Arbeitslosigkeit)

Zeiten der Arbeitslosigkeit mit und ohne Leistungsbezug können als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden, wenn sie eine **deutsche** versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit unterbrochen haben. Vor dem 01.07.1978 muss die Arbeitslosigkeit mit Leistungsbezug mindestens einen Kalendermonat angedauert haben. Gleiches gilt für die Arbeitslosigkeit ohne Leistungsbezug vor dem 01.01.1992.

Item 6 (periods of schooling)

Please enter every school education, technical school education, technical college education or university education (in addition to periods in Germany these include also periods in Canada or in other foreign countries) after completion of your 17th year of life. Please enter also periods during a period of contribution or another accounted period.

Item 7 (sickness)

Periods of sickness after completion of your 17th year of life and before completion of your 25th year of life, which have lasted at least one calendar month, can be taken into consideration as accounted periods.

Items 8, 9 and 10 (periods of contribution and residence)

This question pertains to persons who have relationships relevant in social insurance law to one or several other foreign countries. If applicable, these periods may be taken into account under European law, under agreements on social security concluded by Germany with other countries, under the 'Fremdrentengesetz' (Foreign Pensions Act), or under the 'Gesetz zur Berücksichtigung von Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen in der Rentenversicherung' (Act on the Consideration of Periods of Employment with International Organisations in Pension Insurance). All periods have to be indicated. Based on the provided information we initiate investigations about the extent of these periods. Please enclose certificates about these periods. Please advise if you have already provided information about such periods.

Part G

(Periods of child rearing)

You have to complete this Part only if you have not yet applied for periods of child rearing.

Items 1 to 3 (education)

Periods of child rearing can be recognized as periods relevant in pension law for mothers and fathers if they were born after December 31, 1920 or - provided that their usual place of residence was on May 18, 1990 in the former German Democratic Republic - after December 31, 1926. This applies not only to biological mothers and fathers but also to adoptive mothers, stepmothers and foster mothers and fathers, respectively as well as registered partners. If certain conditions are met, the first 30 months (in case of births after January 1, 1992 even **36 months**) **after the birth of a child are allowed as** child rearing periods (period of compulsory contribution).

Beyond this, raising a child until this child turns **10** is for one parent a **period taken into account** provided that the conditions which are decisive for the allowance of a period of child rearing are also present in this period. For periods in which a substantial self-employed activity is carried out this is only the case if these periods are also periods of compulsory contribution.

The period taken into account has impact not only on the fulfillment of the claim conditions for a pension (the completion of the qualifying period of 35 or 45 years) but also on the evaluation of non-contributory periods and contribution reduced periods in the German pension calculation process. If they coincide with periods taken into account or periods of care of another child in need of care, this may affect the pension increasing it.

Punkt 6 (Schulzeiten)

Einzutragen sind alle nach Vollendung des 17. Lebensjahres zurückgelegten Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschuleausbildungen (hierzu zählen neben Zeiten in Deutschland auch Zeiten in Kanada und anderen ausländischen Staaten). Anzugeben sind auch Zeiten während einer Beitrags- oder anderen Anrechnungszeit.

Punkt 7 (Krankheit)

Zeiten der Krankheit nach Vollendung des 17. Lebensjahres und vor Vollendung des 25. Lebensjahres, die mindestens einen Kalendermonat angedauert haben, können als Anrechnungszeiten berücksichtigt werden.

Punkte 8, 9 und 10 (Beitrags- und Wohnzeiten)

Diese Fragen betreffen Personen, die sozialversicherungsrechtliche Beziehungen zu einem oder mehreren anderen ausländischen Staat(en) haben. Diese Zeiten können ggf. nach europäischem Recht, den von Deutschland mit anderen Staaten abgeschlossenen Sozialversicherungsabkommen, dem Fremdrentengesetz oder dem Gesetz zur Berücksichtigung von Beschäftigungszeiten bei internationalen Organisationen in der Rentenversicherung berücksichtigt werden. Sämtliche Zeiten sind anzugeben. Aufgrund der Angaben leiten wir Ermittlungen über den Umfang dieser Zeiten ein. Bescheinigungen über diese Zeiten fügen Sie bitte bei. Haben Sie diese Zeiten bereits früher einmal angegeben, so weisen Sie bitte darauf hin.

Teil G

(Zeiten der Kindererziehung)

Diesen Teil brauchen Sie nur auszufüllen, wenn Sie noch keine Zeiten der Kindererziehung beantragt haben.

Punkte 1 bis 3 (Erziehung)

Zeiten der Kindererziehung können Müttern und Vätern als rentenrechtliche Zeiten anerkannt werden, wenn sie nach dem 31.12.1920 oder - sofern sie am 18.05.1990 ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der ehemaligen DDR hatten - nach dem 31.12.1926 geboren sind. Dies gilt nicht nur für leibliche Mütter und Väter, sondern auch für Adoptiv-, Stief- und Pflegemütter beziehungsweise -väter sowie Eingetragene Lebenspartner. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen werden die ersten 30 Monate (bei Geburten ab 01.01.1992 sogar **36 Monate**) nach der Geburt eines Kindes als **Kindererziehungszeiten** (Pflichtbeitragszeit) angerechnet.

Ferner ist die Erziehung eines Kindes bis zu dessen vollendetem **zehnten** Lebensjahr bei einem Elternteil eine **Berücksichtigungszeit**, soweit die Voraussetzungen, die für die Anrechnung einer Kindererziehungszeit maßgebend sind, auch in dieser Zeit vorliegen. Für Zeiten einer mehr als geringfügig ausgeübten selbständigen Tätigkeit gilt dies nur, soweit diese Zeiten auch Pflichtbeitragszeiten sind.

Die Berücksichtigungszeit hat sowohl Einfluss auf die Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente (Erfüllung der Wartezeit von 35 oder 45 Jahren) als auch für die Bewertung beitragsfreier und beitragsgeminderter Zeiten in der deutschen Rentenberechnung. Treffen sie mit Berücksichtigungszeiten oder Zeiten der Pflege eines pflegebedürftigen anderen Kindes zusammen, kann sich dies rentensteigernd auswirken.

Periods of child rearing are basically **credited to the parent who has mainly brought up the child**. Thereby a most important criterion is whether an employment has been performed in addition to the upbringing.

As the allowance for periods of child rearing is basically only possible if the child rearing took place in Germany or, in the case of expelled persons, in their countries of origin, please be sure to state always the place and country in which the child was born and brought up.

Item 4 (parent)

Periods of child rearing and periods taken into account can be assigned only to **one** parent for the same period.

Item 5 (German compulsory contributions)

If the period of child rearing was outside Germany, a recognition may be also possible if you stayed with the child in the same state and **German** compulsory contributions exist for you, your spouse or registered partner immediately before the childbirth or during the upbringing.

Item 6 (special persons)

Servants with supranational / international institutions are not subject to the German social insurance law. Regarding the NATO this applies also to the family members of the armed forces and the civilians, respectively.

Part H

(Further information concerning other benefits)

Item 1 (Canadian or foreign pension)

If you have already applied for a pension from the Canadian or another foreign statutory pension insurance, or if you receive one, please specify. In this case an application procedure does no longer have to be initiated there.

Item 2 (German survivor's pension)

If you have applied for a survivor's pension from the German statutory pension insurance, or if you receive one, please specify. In this case we may contact that pension insurance agency.

Item 3 (German or foreign accident pension)

If you have applied for an accident pension from the German, the Canadian or another foreign statutory accident insurance, or if you receive one or if you have received a settlement, please specify. We may contact then the accident insurance agency.

Part I

(Declaration)

In this part of the application your attention is directed to duties in connection with your pension claim.

Your signature confirms that you have been informed of these matters. Furthermore, with your signature you release third parties from the duty to preserve medical confidentiality. This is intended in your interests to avoid doubling up on examinations as far as possible. Your German pension insurance agency regularly evaluates only documents of very recent date which are very likely to contain relevant information and which are necessary for the fulfillment of the statutory task of the pension insurance agency - namely to examine reduced performance capacity in order to establish reduction in earning capacity.

We would like to inform you also that data which were obtained in conjunction with a medical report required for the benefit you have claimed can be made available to Service Canada.

Die Erziehungszeiten werden grundsätzlich **dem Elternteil angerechnet, der das Kind überwiegend erzogen hat**. Dabei ist wesentliches Kriterium, ob neben der Erziehung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde.

Da die Anrechnung von Kindererziehungszeiten grundsätzlich nur möglich ist, wenn die Erziehung in Deutschland bzw. bei Vertriebenen in den Herkunftsländern erfolgte, geben Sie bitte in jedem Fall den Ort und den Staat an, in dem das Kind geboren und erzogen wurde.

Punkt 4 (Elternteil)

Kindererziehungszeiten und Berücksichtigungszeiten können für denselben Zeitraum jeweils nur **einem** Elternteil zugeordnet werden.

Punkt 5 (Deutsche Pflichtbeiträge)

Erfolgte die Kindererziehungszeit außerhalb Deutschlands, ist eine Anerkennung gegebenenfalls auch möglich, wenn Sie sich mit dem Kind in demselben Staat aufgehalten haben und für Sie, Ihren Ehegatten oder Eingetragenen Lebenspartner unmittelbar vor der Geburt oder während der Erziehung **deutsche** Pflichtbeiträge vorhanden sind.

Punkt 6 (Besondere Personen)

Die Bediensteten über- / internationaler Einrichtungen unterliegen nicht dem deutschen Sozialversicherungsrecht. In Bezug auf die NATO gilt dies auch für Familienangehörige der Truppen beziehungsweise des zivilen Gefolges.

Teil H

(Weitere Angaben zu sonstigen Ansprüchen)

Punkt 1 (Kanadische oder ausländische Rente)

Sofern Sie bereits eine Rente aus der kanadischen oder einer anderen ausländischen gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben oder beziehen, geben Sie dies bitte an. In diesem Fall muss dann dort kein Antragsverfahren mehr eingeleitet werden.

Punkt 2 (Deutsche Hinterbliebenenrente)

Sofern Sie eine Hinterbliebenenrente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben oder beziehen, geben Sie dies bitte an. Wir können dann mit diesem Rentenversicherungsträger Kontakt aufnehmen.

Punkt 3 (Deutsche oder ausländische Unfallrente)

Sofern Sie eine Unfallrente aus der deutschen, der kanadischen oder einer anderen ausländischen gesetzlichen Unfallversicherung beantragt haben, beziehen oder eine Abfindung erhalten haben, geben Sie dies bitte an. Wir können dann mit dem Unfallversicherungsträger Kontakt aufnehmen.

Teil I

(Erklärung)

In diesem Teil des Antrags werden Sie auf Pflichten im Zusammenhang mit Ihrem Rentenanspruch hingewiesen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, hiervon Kenntnis genommen zu haben. Des Weiteren entbinden Sie mit Ihrer Unterschrift dritte Stellen von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies hat den Zweck, in Ihrem Interesse doppelte Untersuchungen soweit wie möglich zu vermeiden. Ihr deutscher Rentenversicherungsträger wertet regelmäßig nur Unterlagen aus jüngster Zeit aus, die mit großer Wahrscheinlichkeit eine Aussage enthalten, die für die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags des Rentenversicherungsträgers - nämlich die Leistungsminderung zur Feststellung der Erwerbsminderung zu prüfen - erforderlich sind.

Wir möchten Sie dann noch darüber informieren, dass Daten, die im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von Ihnen beantragten Leistung erhoben wurden, Service Canada zur Verfügung gestellt werden können.

Part J

(Declaration concerning Payment)

Please indicate in this part of the application the method of payment you wish.

Items 2 and 3

Please note: For remittances to an account outside of the EU/EEA the payee has to be the account holder or co-account holder. If it is a joint account in the USA or in Canada, only the spouse of the payee is allowed to be co-account holder.

An authorized account user or a co-account holder is requested to sign the declaration, too.

Part K

(Information concerning reduced earning capacity)

Please fill out this Part only if you apply for benefits for reduction in earning capacity

Items 1 and 2

In order to check the medical prerequisites for a pension on account of reduced earning capacity please indicate whether you are at this time disabled and since when you regard yourself as having reduced earning capacity. We will check then whether you meet at this time the legal requirements.

Items 3 and 4

Please indicate here whether you have received earned income from employment or self-employment since the time as of which you regard yourself having reduced earning capacity and if so, how much. Please indicate also if you have received instead of that a legally prescribed substitute income. Please provide thereby information on the amount of the monthly gross benefit.

All financial support provided by the employer by way of wages or continued salary payment or payment for periods after the termination of employment is considered to be payment for work. Counted as wages are current financial support and similar amounts which are paid on a voluntary basis or by reason of contractual arrangements.

Applies until December 31, 2022:

The recipient of a pension for miners or of a pension for reduced earning capacity is permitted to continue to earn additional income within the limits of his remaining earning capacity. The additional income limit per calendar year for recipients of a **pension for a complete reduction in earning capacity** is 6,300 EUR gross. The additional income limit per calendar year for recipients of a **pension for a partial reduction in earning capacity and miner's pension** will be determined individually. The sum of your pension and your additional income may not exceed your income before the start of your pension.

Teil J

(Zahlungserklärung)

In diesem Teil des Antrags, geben Sie bitte die gewünschte Zahlungsweise an.

Punkte 2 und 3

Bitte beachten Sie: Für Überweisungen auf ein Konto außerhalb der EU / des EWR muss der Zahlungsempfänger Kontoinhaber oder Kontomitinhaber sein. Bei einem Gemeinschaftskonto in den USA oder in Kanada darf der Mitinhaber nur der Ehepartner des Zahlungsempfängers sein.

Ein Kontobevollmächtigter oder Mitinhaber des Kontos wird gebeten, die Erklärung ebenfalls zu unterschreiben.

Teil K

(Angaben zur Erwerbsminderung)

Bitte diesen Teil nur ausfüllen, wenn Sie eine Rente wegen Erwerbsminderung beantragen.

Punkte 1 und 2

Zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsminderung bitten wir Sie anzugeben, ob Sie zurzeit arbeitsunfähig sind und seit wann Sie sich für vermindert erwerbsfähig halten. Wir prüfen dann, ob Sie zu diesem Zeitpunkt die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Punkte 3 und 4

Bitte geben Sie hier an, ob Sie ab dem Zeitpunkt, seit dem Sie sich für vermindert erwerbsfähig halten, Erwerbseinkommen aus Beschäftigungen oder selbständigen Tätigkeiten erzielt haben und wie hoch dies war. Geben Sie bitte auch an, wenn Sie stattdessen ein gesetzlich vorgeschriebenes Ersatzeinkommen erhalten haben. Dabei machen Sie bitte Angaben zur Höhe der monatlichen Bruttoleistung.

Als Arbeitsentgelt gelten sämtliche Zuwendungen des Arbeitgebers, die im Wege der Entgelt- oder Gehaltsfortzahlung oder für Zeiten nach Beendigung der Beschäftigung gezahlt werden. Zum Arbeitsentgelt gehören laufende Zuwendungen und ähnliche Beträge, die auf freiwilliger Basis oder auf Grund von vertraglichen Regelungen gezahlt werden.

Bis 31.12.2022 gilt:

Der Bezieher einer Rente für Bergleute bzw. wegen Erwerbsminderung darf im Rahmen der ihm verbliebenen Erwerbsfähigkeit noch hinzuverdienen. Die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze für die **Rente wegen voller Erwerbsminderung** in voller Höhe beträgt 6 300 EUR brutto. Die kalenderjährliche Hinzuverdienstgrenze für die **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung** und die **Rente für Bergleute** wird individuell ermittelt. Rente und Hinzuverdienst dürfen insgesamt nicht höher sein, als Ihr Einkommen vor dem Rentenbezug.

Applies from January 1, 2023:

The amount of additional income you may earn depends on the type of your pension and the average remuneration of all insured in Germany in the year before the previous year (reference amount). For pensions for a **full** reduction in earning capacity this amount is three eighths of 14 times the monthly reference amount. For pensions for a **partial** reduction in earning capacity or miner's pensions it is at least twice this amount. The additional income thresholds vary each year. For example, in 2025 you will be able to earn a gross amount of about 19 660 Euros in addition to your pension for a full reduction in earning capacity and an amount of 39 320 Euros in addition to your pension for a partial reduction in earning capacity without affecting your pension rate. Please do not hesitate to contact us for information on the amounts that currently apply in your individual case.

However, while receiving your pension, you may only pursue an employment or activity that is consistent with your reduced earning capacity. This applies to both to the type of work and the scope of work. For example,

- for a pension for a full reduction in earning capacity, working hours of less than 3 hours per day,
- for a pension for a partial reduction in earning capacity, working hours of less than 6 hours per day.

If you do work that does not correspond to your reduced earning capacity, your entitlement to pension may lapse.

Depending on the amount of your additional income you will receive your full pension or part of your pension. If applicable, your pension will not be paid at all even if your earning capacity is still reduced.

At first the amount of your pension will be established based on an anticipatory consideration (**prognosis**) of your additional income in the respective calendar year. Later on this prognosis will be compared to your actual income. If applicable, your pension payments will be retroactively corrected. This may result in arrears in your favour, however, you will be obliged to repay any overpaid pension payments. If you agree we withhold a repayable amount of up to 300 EUR from your continuing pension payments. At most half of your pension payments will be withheld.

Items 5 and 6

Please indicate here on the basis of what health impairments you regard yourself as having reduced earning capacity, and which types of work you are, in your own estimation, still capable of doing. Based on this information we check your still existing capacity.

Item 7

Please indicate here your learned profession and your last occupation. Based on this information we will check whether you are still able to carry out an employed activity.

Item 8

This question is intended to establish whether the reduction in earning capacity was caused by third parties or by an accident. In this case investigation must be made to see whether recourse action should be taken against a third party or his insurer.

Ab dem 01.01.2023 gilt:

Die Hinzuverdienstmöglichkeit orientiert sich an der Rentenart und am durchschnittlichen Arbeitsentgelt des vorvergangenen Jahres aller Rentenversicherten in Deutschland (Bezugsgröße). Kalenderjährlich beträgt sie bei der Rente wegen **voller** Erwerbsminderung drei Achtel des 14fachen der monatlichen Bezugsgröße. Bei einer Rente wegen **teilweiser** Erwerbsminderung oder einer Rente für Bergleute beträgt sie mindestens das Doppelte. Die Hinzuverdienstgrenzen ändern sich jährlich. Beispielsweise ergibt sich für das Jahr 2025 eine Hinzuverdienstmöglichkeit von rund 19 660 EUR brutto neben einer vollen und rund 39 320 EUR brutto neben einer teilweisen Erwerbsminderungsrente, ohne dass sich die Rente mindert. Die sich für Sie individuell ergebenden aktuellen Werte teilen wir Ihnen gerne mit.

Neben der Rente dürfen Sie aber nur Beschäftigungen oder Tätigkeiten ausüben, die zu Ihrer verminderten Erwerbsfähigkeit passen. Das betrifft sowohl die Art der Arbeit als auch den Umfang der Arbeit. Zum Beispiel passt

- zu einer Rente wegen voller Erwerbsminderung eine Arbeitszeit von weniger als 3 Stunden am Tag,
- zu einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung eine Arbeitszeit von weniger als 6 Stunden am Tag.

Wenn Sie eine Arbeit ausüben, die nicht zu Ihrer verminderten Erwerbsfähigkeit passt, können Sie den Anspruch auf Ihre Rente verlieren.

Abhängig davon, wie viel Sie hinzuverdienen, wird Ihnen die Rente in voller Höhe oder teilweise gezahlt. Gegebenenfalls wird die Rente gar nicht mehr gezahlt, auch wenn die Erwerbsminderung dem Grunde nach noch vorliegt.

Die Höhe der Rente wird zunächst aufgrund einer vorausschauenden Betrachtung (**Prognose**) des kalenderjährlichen Hinzuverdienstes festgestellt. Diese Prognose wird später mit dem tatsächlichen Verdienst verglichen. Die Rentenzahlung wird gegebenenfalls rückwirkend korrigiert. Daraus kann sich eine Nachzahlung für Sie ergeben, zu viel gezahlte Beträge müssen Sie jedoch zurückzahlen. Wenn Sie damit einverstanden sind, behalten wir einen zu viel gezahlten Betrag von bis zu 300 EUR von der laufenden Rente ein. Höchstens wird dabei die halbe Rente einbehalten.

Punkte 5 und 6

Bitte geben Sie hier an, auf Grund welcher gesundheitlichen Beeinträchtigungen Sie sich für vermindert erwerbsfähig halten und welche Arbeiten Sie nach Ihrer Einschätzung noch zu verrichten in der Lage sind. Wir prüfen anhand dieser Angaben Ihr noch bestehendes Leistungsvermögen.

Punkt 7

Bitte geben Sie hier Ihren erlernten und den zuletzt ausgeübten Beruf an. Wir prüfen anhand dieser Angaben, ob Sie noch eine Beschäftigung ausüben können.

Punkt 8

Mit dieser Frage soll festgestellt werden, ob die verminderte Erwerbsfähigkeit durch Dritte oder durch einen Unfall verursacht wurde. In diesem Fall muss geprüft werden, ob gegen eine dritte Person oder deren Versicherer Regressforderungen zu stellen sind.

Items 9 and 10

Please state here whether and, if applicable, by which doctor or in which hospital you have been recently treated and please enclose medical documents. As far as required we will include these documents in our examination of reduction in earning capacity. This can have the added benefit of avoiding repetition of medical examinations.

Punkte 9 und 10

Bitte geben Sie hier an, ob und gegebenenfalls bei welchem Arzt beziehungsweise in welchem Krankenhaus Sie in der letzten Zeit behandelt wurden und fügen Sie ärztliche Unterlagen bei. Soweit erforderlich, werden wir diese Unterlagen für die Prüfung der verminderten Erwerbsfähigkeit mit heranziehen. Im Übrigen können dadurch doppelte Untersuchungen vermieden werden.

Canada/Germany Agreement

Documents and/or information required to support your application [D/C 1] for a German old-age and/or disability pension

Complete the attached form:

- *Canadian Residence* [SC ISP5013]

Originals or certified copies to be submitted:

- Birth certificate for you and any children declared on your application form [D/C 1]
- Proof of your current citizenship
- Proof of the dates of your entry(ies) to Canada and departure(s) from Canada (such as: Immigration 1000, passport, visa, ship or airline tickets, etc.)
- Medical Certificate from your physician (if you are applying for a disability pension)
- Workbooks (if applicable):
 - Arbeitsbuch
 - Arbeitskarte
 - Quittungskarte (Blue Collar)
 - Aufrechnungsbescheinigung and Versicherungskarte (White Collar)
 - Bescheinigung (record of contributions based on the Quittungskarte or Versicherungskarte)
 - Versicherungsverlauf (Computer Print-Out)
 - Rentenbescheid (Award/Reject Letter)
 - Meldekarte (Registration Card)
 - Lohnsteuerkarte (Taxation)
 - Teilbeschäftigtenkarte (Part-time Employment Card)
- Travel Document (if applicable)
- Flüchtlings-Ausweis (Notice of Recognition or Identity Card) (if applicable)

Note: The Travel Document is not required if you are a Canadian Citizen. The Flüchtlings-Ausweis is only required if you were an expelled person or a refugee.

IMPORTANT: If you have already submitted any of the documents required when you applied for a Canada Pension Plan or Old Age Security benefit, you do not need to resubmit them.



Canadian Residence

Canadian Social Insurance Number: _____

☐ Mr. ☐ Mrs.

☐ Ms. ☐ Miss

Given Name and Initial

Family Name

The following information is required to support your application for benefits under a social security agreement. If required, please provide additional information on a separate sheet of paper.

1. If you were born outside of Canada, please provide us with the following information:

Date of arrival in Canada (YYYY-MM-DD): _____

Place of arrival in Canada: _____

2. List all the places where you have lived in Canada after the age of 18 and provide proof of all your entries and departures (Permanent Resident card, Record of Landing (IMM 1000), complete passport, airline tickets, etc.):

From YYYY-MM-DD	To YYYY-MM-DD	City	Province/Territory

3. List all absences from Canada, which were longer than six months, during your Canadian residence listed in number 2 above:

Departure YYYY-MM-DD	Return YYYY-MM-DD	Destination	Reason

Service Canada delivers Employment and Social Development Canada
programs and services for the Government of Canada

Canadian Social Insurance Number: _____

PROTECTED B (when completed)

4. Please give us the names, addresses and telephone numbers of at least two people, not related to you by blood or marriage, who can confirm your Canadian residence:

Name	Address	City	Telephone Number

Declaration of Applicant

I declare that this information is true and complete.

The personal information you provide is collected under the authority of the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act* to establish your entitlement to a benefit from a country with which Canada has concluded a social security agreement. The Social Insurance Number (SIN) is collected under the authority of section 52 of the *Canada Pension Plan Regulations*, section 18 of the *Old Age Security Regulations* and in accordance with the *Treasury Board Secretariat Directive on the Social Insurance Number*. Completion of this form is voluntary. If you refuse to provide the information, Employment and Social Development Canada (ESDC) might be unable to facilitate your access to a foreign benefit.

The personal information you provide may be shared with a foreign agency when an agreement is in force. It may also be used for policy analysis, research and/or evaluation purposes. Your personal information is administered in accordance with the *Canada Pension Plan*, the *Old Age Security Act*, the *Department of Employment and Social Development Act* and other applicable laws.

You have the right to the protection of, access to, and correction of your personal information, which is described in Personal Information Banks ESDC PPU 116, 140, 146, and 390. Instructions for obtaining this information are in the government publication available online at www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/access-information-privacy/access-information/info-source and may be accessed at any Service Canada Centre.

You have the right to file a complaint with the Privacy Commissioner of Canada about how ESDC handles your personal information online at www.priv.gc.ca/en/report-a-concern or by calling 1-800-282-1376.

Note: If you make a false or misleading statement, you may be subject to an administrative monetary penalty and interest, if any, under the *Canada Pension Plan* or the *Old Age Security Act*, or may be charged with an offence. Any benefits you received or obtained to which there was no entitlement would have to be repaid.

Signature

Date (YYYY-MM-DD)

X _____

Telephone number
