**Gemeinde Wittibreut, Hauptstr. 2, 84384 Wittibreut, Tel.: 08574/9601-0**

**Vers.Nr.:**   **Bayern Süd**  **Bund**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personalausweis oder Reisepass Original

Angaben zur Bankverbindung (IBAN + BIC-Nr. – (sh. Kontoauszug))

Steuer-Identifikationsnummer

Krankenversicherungskarte (mit Anschrift der Krankenkasse) Original

Elternnachweis (Geburtsurkunde/Stammbuch von einem Kind) Original

Heiratsurkunde Original

Entgeltvorausbescheinigung Arbeitgeber (3 Mo. vor Rentenbeginn) Original

Sondermeldung Grund 57 mit Entgelt bis

Letzte Rentenauskunft mit Versicherungsverlauf Original

Schulzeugnisse oder Schulbescheinigungen ab 17. Lebensjahr Original

Nachweis über eine berufliche Ausbildung/Lehre Original

Lehrvertrag/ Arbeitszeugnis Lehrherrn/ Berufsschulzeugnisse

Bestätigung IHK/ Handwerkskammer über Lehrzeit (Dauer + Abschluss)

Facharbeiterzeugnis/ Kaufmannsgehilfenbrief/ Gesellenbrief

Nachweis über Sozialleistungsbezug Original

(Krankengeld/ Arbeitslosengeld/ Sozialhilfe)

Schwerbehindertenausweis Original

Altersteilzeitvertrag Original

Bescheid/e über bereits laufend gezahlte Rente(n) Original

Vers.-Rente/ Witwen(r)-Rente/ Waisen-Rente/ Unfallrente(n)

Nachweis über Beamtenversorgungszeiten Original

Bescheid zur Pensionsgewährung u. Urkunde Ruhestandsversetzung

Festsetzungsblatt über die ruhegehaltsfähigen Dienstzeiten

Urkunde Ernennung auf Lebenszeit

Versicherungspolice/ -unterlagen zur Betriebsrente Original

Angaben **zum eigenen** Krankenversicherungsverhältnis vom 01.01.1993 bis lfd.

(diese Angaben sind **nicht** nötig, wenn Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert sind)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zeitraum vom / bis** | **Name und Anschrift der Krankenkasse** | **Art der Versicherung** |
| ab 01.01.1993 | ggf. SVA der ehemaligen DDR | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Mitglied | Familien-mitversichert | Privat | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| 01.01.93 - |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Aktuellen Nachweis über Höhe der privaten KV-Beiträge (Bestätigung im Vordruck R821)

Sonstiges:

**Antrag auf EM-Rente** (bitte zusätzlich vollständig ausfüllen)

* Bei wem waren Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher **ambulanter** Behandlung ?

|  |
| --- |
| Arzt (Name, Anschrift, Telefonnr.) Behandlung wegen vom – bis |
| Arzt (Name, Anschrift, Telefonnr.) Behandlung wegen vom – bis |
| Arzt (Name, Anschrift, Telefonnr.) Behandlung wegen vom – bis |
| Arzt (Name, Anschrift, Telefonnr.) Behandlung wegen vom – bis |

* Waren Sie in den letzten 3 Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung ?

|  |
| --- |
| Name, Anschrift des Krankenhauses Behandlung wegen vom - bis  **nein ja**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Name, Anschrift des Krankenhauses Behandlung wegen vom - bis  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* Beschäftigungsübersicht oder Lebenslauf mit unten aufgeführten Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zeitraum  vom – bis | Genaue Bezeichnung der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (z.B. nicht kaufm. Angestellter sondern Bilanzbuchhalter) | aufgegeben wegen  (z.B. Krankheit, Kündigung, Arbeitslosigkeit) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Gesundheitliche Störungen

|  |
| --- |
| seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  wegen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |