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

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

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

**[ ]**  Personalausweis oder Reisepass Original

**[x]**  Angaben zur Bankverbindung (IBAN + BIC-Nr. – (sh. Kontoauszug))

**[ ]**  Steuer-Identifikationsnummer

**[x]**  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

**[x]**  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

**[x]**  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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zeitraumvom – 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |