

## Rentenantragstellung – erforderliche Unterlagen

**Gemeinde Wittibreit, Hauptstr. 2, 84384 Wittibreit, 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 ruhegehaltstfähigen Dienstzeiten
  - Urkunde Ernennung auf Lebenszeit
- Versicherungspolice/ -unterlagen zur Betriebsrente Original
- Angaben **zum eigenen** Krankenversicherungsverhältnis vom 01.01.1995 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 |                       |        |
|--------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------|
|                    |                                     | Mitglied             | Familienmitversichert | Privat |
| ab 01.01.1995      | ggf. SVA der ehemaligen DDR         |                      |                       |        |
| 01.01.95 -         |                                     |                      |                       |        |
|                    |                                     |                      |                       |        |
|                    |                                     |                      |                       |        |
|                    |                                     |                      |                       |        |

- Aktuellen Nachweis über Höhe der privaten KV-Beiträge (Bestätigung im Vordruck R821)
- Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Rentenantragstellung – erforderliche Unterlagen

### 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 ?

|   |                                   |                  |           |
|---|-----------------------------------|------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> | Name, Anschrift des Krankenhauses | Behandlung wegen | vom - bis |
|   | _____                             |                  |           |
|   | Name, Anschrift des Krankenhauses | Behandlung wegen | vom - bis |
|   | _____                             |                  |           |

- Beschäftigungsübersicht oder Lebenslauf mit unten aufgeführten Angaben

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

- Gesundheitliche Störungen

|        |       |
|--------|-------|
| seit:  | _____ |
| wegen: | _____ |
|        | _____ |