

Termin: _____

Unterlagen Erwerbsminderungsrente



Stadt|ZWEIBRÜCKEN

- Gültiger Personalausweis/Reisepass
- Ggf. Vollmacht (falls Antragsteller nicht selbst erscheinen kann)
- Bankverbindung (IBAN)
- Heiratsurkunde, Stammbuch
- Geburtsurkunde von Kindern, Stammbuch
- Persönliche Steuer-Identifikationsnummer (ID-Nummer)
- Letzter Versicherungsverlauf der Rentenversicherung, Rentenauskunft
Falls der Versicherungsverlauf nicht vollständig ist:
Unterlagen zu Lücken (z. B. Entgeltbescheinigungen, Arbeitsbücher, Zeugnisse,
Bescheinigungen Krankenkasse oder Arbeitsamt, Bescheid über Pflegeleistungen)
- Krankenversicherungskarte
Wie sind Sie seit 1989 krankenversichert?
- Anschrift und Telefonnummer von Hausarzt und allen anderen Ärzten, bei denen Sie sich in ambulanter Behandlung befinden (falls vorhanden: ärztliche Gutachten und Arztberichte)
- Angaben zu Untersuchungen, stationären Krankenhausbehandlungen, Kuren und Rehaleistungen der letzten drei Jahre (falls vorhanden: Krankenhausberichte)
- Lebenslauf (Kurze Auflistung aller bisher ausgeübten Berufe)
- Ggf. freiwilliger Selbsteinschätzungsbogen R0215
- Ggf. Nachweise zu Zeiten der Berufsausbildung, sofern diese Zeiten im Versicherungsverlauf nicht als „berufliche Ausbildung“ gekennzeichnet sind
- Ggf. Schwerbehindertenausweis oder Anerkennungsbescheid
- Ggf. Unterlagen zu sonstigen Versorgungsbezügen (z. B. Pension - Festsetzungsblatt, Betriebsrente, Privatrente, Zusatzrente, Kapitalleistungen aus Direktversicherung)
- Ggf. Unterlagen/Bescheide zu Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosengeld II, Hinterbliebenenrente, Unfallrente, Leistungen der Krankenkasse oder der Agentur für Arbeit)
- Ggf. Angaben zu Zeiten der Selbständigkeit (Gewerbemeldungen)

Beschäftigungsübersicht

Zeitraum von – bis	Genaue Bezeichnung der Tätigkeit (zum Beispiel nicht kaufmännischer Angestellter, sondern Bilanzbuchhalter)	aufgegeben wegen (zum Beispiel Krankheit, Kündigung)

Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?

Name des Krankenhauses
genaue Anschrift
Abteilung, Station
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Name des Krankenhauses
genaue Anschrift
Abteilung, Station
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Name des Krankenhauses
genaue Anschrift
Abteilung, Station
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)

Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung?

Hausarzt (Name, Vorname)
Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Arzt (Name, Vorname)
Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Arzt (Name, Vorname)
Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Arzt (Name, Vorname)
Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)
Arzt (Name, Vorname)
Anschrift
Telefonnummer
Behandlung wegen
Behandlungsdauer (von – bis)