

## Zusammenfassung

### R0100: Antrag auf Versichertenrente

#### Antragsdatum

Antragsdatum

Datum der Antragstellung : **20.11.2024**

#### Beantragte Rente(n)

1 Beantragte Rente(n)

Beantragte Rente : **Rente wegen Erwerbsminderung**

Die Antragstellung erfolgt  
aufgrund eines Hinweises des  
Rentenversicherungsträgers  
im Anschluss an ein  
Rehabilitationsverfahren :

**nein**

#### Angaben zur Person

2 Angaben zur Person

Name : **Haase**  
Vorname (Rufname) : **Jessica**  
Familienstand : **nicht verheiratet / nicht in Eingetragener  
Lebenspartnerschaft lebend (ledig,  
verwitwet, geschieden oder aufgehoben)**  
Staatsangehörigkeit : **Deutschland**

2 Haben oder hatten Sie weitere Staatsangehörigkeiten? **nein**

2 Geburtsangaben

Geburtsdatum : **04.09.1969**  
Geburtsort : **Berlin**  
Geburtsland : **Deutschland**  
Geschlecht : **weiblich**

2 Bestätigung Personenstandsdaten Versicherte/r durch antragsaufnehmende Stelle

**Versicherungsnummer: 66 040969 H 841**  
**Versicherte(r): Haase, Jessica**  
**Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente**

- Bestätigung : **bestätigt durch Vorlage von**  
Vorlage : **gültiger Personalausweis**
- 2 Haben Sie frühere Namen? **nein**
- 2 Anschrift
- Straße und Hausnummer : **Ruhrstr. 2**  
Postleitzahl : **10709**  
Wohnort : **Berlin**  
Land : **Deutschland**  
telefonisch tagsüber zu erreichen : **030/7951100**
- 2 Wohnsitz am 18.05.1990
- Ort : **Berlin**  
Staat : **Deutschland**  
Gebiet : **Bundesrepublik / Berlin (West)**
- 2 Sind Sie aus dem Ausland zugezogen? **nein**
- 2 Steuerliche Identifikationsnummer
- Die steuerliche Identifikationsnummer : **liegt vor**  
Identifikationsnummer (ohne  
Leerzeichen) : **84 507 923 137**

#### **Antragstellung durch andere Person**

- 3 Wird der Antrag in Vertretung gestellt? **nein**

#### **Zahlungsweg**

- 4 Die Rente soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN **Inlandskonto**  
siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):
- IBAN : **DE 37 8608 0000 0708 8838 06**  
Name des Geldinstituts : **Commerzbank Leipzig**  
Kontoinhaber ist vom Berechtigten  
abweichend : **nein**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

## Klärung des Rentenversicherungskontos

Haben Sie **Zeiten** zurückgelegt, die **in Ihrem Versicherungsverlauf** fehlen?

Beitragszeiten im **Inland** (zum Beispiel aufgrund einer Beschäftigung, selbständigen Tätigkeit oder Pflgetätigkeit) : **nein**

Zeiten oder Sachverhalte im **Beitrittsgebiet** bis 31.12.1991 : **nein**

Zeiten im **Ausland** oder bei internationalen Organisationen : **nein**

**Beitragsfreie** Zeiten (zum Beispiel Krankheit, Arbeitslosigkeit, Ausbildungszeiten) : **nein**

Zeiten der **Kindererziehung** und der **Pflege** eines pflegebedürftigen Kindes : **nein**

Es fehlen **keine der genannten Zeiten**, mein Versicherungsverlauf ist vollständig. : **ja**

## Beitragszeiten im Inland

5.3 Haben Sie für eine Zeit der Arbeitslosigkeit vor dem 01.01.2012 von der Agentur für Arbeit andere Leistungen als Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Arbeitslosenhilfe bezogen (zum Beispiel Übergangsgeld, Unterhaltsgeld, Eingliederungsgeld)? **nein**

5.4 Haben Sie Zeiten der **Berufsausbildung** (auch ohne Abschluss) zurückgelegt? **ja**

Sind die Zeiten im Versicherungsverlauf bereits als "berufliche Ausbildung" gekennzeichnet? : **ja**

## Sonstige Angaben

9.1 Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf **eigene Versorgung** nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Regelungen aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder Arbeitsverhältnis? **nein**

9.2 Beziehen oder bezogen Sie bereits eine weitere **Rente** aus **eigener Versicherung** oder haben Sie eine solche beantragt (auch im Ausland)? **nein**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

**Versicherungsnummer: 66 040969 H 841**  
**Versicherte(r): Haase, Jessica**  
**Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente**

- 9.3 Wurde ein **Versorgungsausgleich** wegen Ehescheidung / Aufhebung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft durchgeführt? **nein**
- 9.4 Haben Sie **Zeiten nach dem Fremdrentengesetz** zurückgelegt, weil Sie beispielsweise als Vertriebener oder Spätaussiedler anerkannt wurden? **nein**
- 9.5 Ist eine zum Rentenantrag führende **Erwerbsminderung / Schwerbehinderung** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden? **nein**
- 9.6 Wurden Zeiten der Arbeitsunfähigkeit durch einen Unfall oder durch andere Personen nach dem 30.06.1983 verursacht? (Soweit bereits in der Vergangenheit hierzu Angaben gemacht worden sind und kein weiterer Schadensfall vorliegt, beantworten Sie die Fragen bitte mit "nein".) **nein**
- 9.11.1 - Haben Sie eines der nachfolgend genannten Einkommen?  
 9.11.5
- Arbeitsentgelt (hierzu gehören auch Zuschüsse zu Sozialleistungen sowie Einmalzahlungen wie zum Beispiel Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Prämien, Zahlungen für Mehrarbeit) : **ja**
- Steuerrechtlichen Gewinn, also Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit, gegebenenfalls auch im Ausland (hierzu gehören auch Einkünfte aus Fotovoltaik, Solarenergie, Windenergie und so weiter) : **nein**
- Einkünfte als Gesellschafter-Geschäftsführer einer GmbH : **nein**
- Entschädigungen (Diäten) für Abgeordnete : **nein**
- Amtsbezüge (zum Beispiel als Minister) : **nein**
- Vorruhestandsgeld : **nein**
- 9.11.6 Beziehen Sie kurzfristiges Erwerb ersatzeinkommen (zum Beispiel Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, vergleichbare Leistungen von einer Stelle im Ausland) oder haben Sie eine der genannten Leistungen beantragt? Bitte auch dann beantworten, wenn die Leistung ruht oder Einkommen angerechnet wird. **ja**
- Zeitraum : **19.11.2024 - laufend**  
 Art der Leistung : **Krankengeld**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

zahlende Stelle :	DAK Gesundheit
Straße und Hausnummer :	Nagelsweg 27-31
Postleitzahl :	20097
Ort :	Hamburg
Land :	Deutschland
Aktenzeichen :	A456789123

#### Andere Leistungen - Dauerhaftes Erwerbserstatzeinkommen

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eines der nachstehenden **dauerhaften Erwerbserstatzeinkommen** oder haben Sie eine der Leistungen beantragt?

**Hinterbliebenenrente** aus der gesetzlichen Rentenversicherung (auch im Ausland) : **nein**

Leistungen aus der gesetzlichen **Unfallversicherung** oder von einem ausländischen Unfallversicherungsträger (auch Abfindungen) : **nein**

**Versorgungsrente** vom Versorgungsamt, Landschaftsverband oder von einer entsprechenden ausländischen Stelle : **nein**

Leistungen von der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** : **nein**

Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

#### Andere Leistungen - Kurzfristiges Erwerbserstatzeinkommen

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eines der nachstehenden **kurzfristigen Erwerb ersatzeinkommen** oder haben Sie eine der Leistungen beantragt?

<b>Krankengeld</b> von einer Krankenkasse :	<b>ja</b>
<b>Übergangsgeld</b> von der Agentur für Arbeit oder vom Rentenversicherungsträger; <b>Verletztengeld</b> ; <b>Versorgungskrankengeld</b> ; <b>Überbrückungsgeld</b> der Seemannskasse :	<b>nein</b>
<b>Arbeitslosengeld, Bürgergeld, Einstiegsgeld, Gründungszuschuss</b> von der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter, <b>Kurzarbeitergeld</b> von Ihrem Arbeitgeber. Die Angaben zum Bürgergeld und zum Einstiegsgeld sind <b>auch</b> dann erforderlich, wenn <b>unterhaltsberechtigzte Angehörige</b> Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben. :	<b>nein</b>
<b>Sozialhilfe, Grundsicherung</b> vom Sozialhilfeträger. Die Angaben sind auch dann erforderlich, wenn unterhaltsberechtigzte Angehörige Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch erhalten oder erhalten haben. :	<b>nein</b>

Angaben zum **Krankengeld** von einer Krankenkasse

Zeitraum :	<b>19.11.2024 - laufend</b>
Name der Krankenkasse / der Krankenversicherung :	<b>DAK Gesundheit</b>
Aktenzeichen :	<b>A456789123</b>
Liegt der Rentenanspruchstellung eine Aufforderung der Krankenkasse zugrunde? :	<b>nein</b>

**Andere Leistungen - Weitere**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

Beziehen oder bezogen Sie zuletzt eine der nachstehenden **Leistungen** oder haben Sie eine der Leistungen beantragt?

Kind bezogene Leistungen (**Kinderzuschlag, Elterngeld**) : **nein**

**Ausbildungsförderung** nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaföG) : **nein**

**Jugendhilfe** vom Jugendamt nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch : **nein**

**sonstige Leistungen** (zum Beispiel von einer Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung oder zur Rehabilitation Suchtkranker, nach dem Gesetz über die Leistungen zur Sicherung des Unterhalts von Reservistendienst Leistenden - Unterhaltssicherungsgesetz, Kriegsofopferfürsorge, Unterhaltshilfe nach dem Gesetz über den Lastenausgleich - Lastenausgleichsgesetz, Versorgungsleistung nach § 9 des Gesetzes zur Überführung der Ansprüche und Anwartschaften aus Zusatz- und Sonderversorgungssystemen des Beitrittsgebiets - Anspruchs- und Anwartschaftsüberführungsgesetz) : **nein**

Ich beziehe **keine der genannten Leistungen** und habe auch keine der genannten Leistungen beantragt oder zuletzt bezogen. : **ja**

### Krankenversicherung der Rentner

11.1.1 Bei welcher gesetzlichen Krankenkasse erfolgt die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner"?  
(Bei aktueller privater Krankenversicherung bitte die gesetzliche Krankenkasse bei der Sie zuletzt versichert waren oder eine beliebige gesetzliche Krankenkasse angeben.)

Name der gesetzlichen Krankenkasse für eine maschinelle Weiterleitung : **DAK-Gesundheit**

11.1.3 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner

Die Meldung zur KVdR : **wurde maschinell weitergeleitet**

11.2 Üben Sie über den Rentenbeginn hinaus eine hauptberufliche selbständige Tätigkeit oder eine Beschäftigung aus, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei ist? **nein**

11.3 Beantragen Sie einen **Zuschuss** zu den Aufwendungen für eine **freiwillige** Mitgliedschaft in der gesetzlichen **nein**

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

Krankenversicherung oder für die Versicherung bei einem  
**privaten** Krankenversicherungsunternehmen?

### Pflegeversicherung

12 Haben oder hatten Sie ein Kind, Stiefkind oder Pflegekind? **nein**  
(Die Nennung eines Kindes ist ausreichend. Das heutige Alter  
dieses Kindes ist hier ohne Bedeutung.)

### Dokumentenzugang

13.1 **Dokumentenzugang per De-Mail** **nein**  
Ich habe bei einem De-Mail-Anbieter ein **De-Mail-Postfach**  
eröffnet.  
Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in  
elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.  
Damit entfällt eine Übersendung der Dokumente in  
Papierform.

13.2 **Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen**  
Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen)  
haben Anspruch darauf, Dokumente in **einer** für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.  
  
Aufgrund meiner Behinderung bitte ich  
darum, mir Dokumente zusätzlich in  
einer für mich wahrnehmbaren Form  
zuzusenden : **nicht erforderlich**

## R0210: Anlage zum Rentenantrag zur Feststellung der Erwerbsminderung

### Formular R0210

Wurde das Formular R0210 bereits durch den Antragsteller **nein**  
ausgefüllt bzw. soll der R0210 durch den Antragsteller  
nachgereicht werden?

### Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis

3.1 / 3.2 / Angaben zum letzten Arbeitsverhältnis (auch bei geringfügiger Beschäftigung)?  
3.3

Name des letzten Arbeitgebers : **Vivantes Krankenhaus**



Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

Straße und Hausnummer : **Rudower Str.48**  
Postleitzahl : **12351**  
Ort : **Berlin**  
Land : **Deutschland**  
Arbeitszeit (Tage pro Woche) : **5,0**  
Arbeitszeit (Stunden täglich) : **8,00**  
Besteht das Arbeitsverhältnis  
(zumindest formal) noch? : **ja**

### Berufsausbildung der rentenberechtigten Person

- 4.1 Wurde eine Berufsausbildung absolviert (zum Beispiel Ausbildungsberuf, Fachschulstudium, Fachhochschulstudium, Hochschulstudium)? **ja**
- Zeitraum : **03.08.1987 - 30.06.1990**  
erlernter Beruf : **Krankenschwester**  
Prüfung bestanden : **ja**
- 4.2 Wurde eine **Umschulung** durchgeführt? **nein**
- 4.3 Wurden weitere **Qualifikationen** absolviert (zum Beispiel Refaprüfung, Meisterprüfung, Polierprüfung)? **nein**
- 4.4 Bestand ein **Anlernverhältnis**? **nein**

### Beschäftigungsübersicht

- 5 **Beschäftigungsübersicht**  
Ein Verweis auf den Versicherungsverlauf genügt nicht.
- Zeitraum : **01.07.1990 - laufend**  
genaue Bezeichnung der Beschäftigung  
oder Tätigkeit : **Krankenschwester**  
Bezeichnung des Tarifvertrages -  
Gehaltsgruppe / Lohngruppe : **K5**

### Selbständige Erwerbstätigkeit

- 6.1 Üben Sie noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? **nein**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

6.1.1 Aufgabe einer selbständigen Erwerbstätigkeit **nein**

6.2 Sind Sie Eigentümer oder Gesellschafter eines Unternehmens (Betrieb, Geschäft oder Ähnliches) oder sonst freiberuflich tätig? **nein**

### Angaben von Arbeitsuchenden

7 Sind Sie bei der Agentur für Arbeit oder einem Jobcenter gemeldet? **nein**

### Begründung des Rentenanspruchs

8.1 / 8.2 Seit wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsgemindert?

seit : **07.10.2024**

wegen :

**Burnout-Syndrom**

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? :

**Keine**

Wie viele Stunden täglich? :

**0,00**

8.3 Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank? **ja**

seit : **07.10.2024**

Name der Krankenkasse /

Verwaltungsstelle :

**DAK-Gesundheit**

Straße und Hausnummer :

**Nagelsweg 27-31**

Postleitzahl :

**20097**

Ort :

**Hamburg**

8.4 Sind Sie schwerbehindert? **nein**

8.4.1 Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt oder wurde Ihnen als Arbeitsuchender die Gleichstellung zugesichert? **nein**

8.5 Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Gesetzes über Hilfsmaßnahmen **nein**

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

für Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland in Gewahrsam genommen wurden - Häftlingshilfegesetz?

## Ärztliche Behandlung

9.1 Waren Sie in der letzten Zeit in **ambulanter** ärztlicher Behandlung? **ja**

• Name des behandelnden Arztes : **Fleischhauer**  
Titel : **Dr.med**  
Fachrichtung : **Hausarzt**  
Straße und Hausnummer : **Knobelsdorffstr. 92**  
Postleitzahl : **14059**  
Ort : **Berlin**  
Behandlung wegen : **Burnout-Syndrom**  
in Behandlung seit : **10 Jahren**  
wann zuletzt : **Oktober 2024**

• Name des behandelnden Arztes : **Koch**  
Titel : **Dr.**  
Fachrichtung : **Psychologe Waldstr.**  
Straße und Hausnummer : **7**  
Postleitzahl : **13407**  
Ort : **Berlin**  
Behandlung wegen : **Burnout-Syndrom, Angstzustände, Schlafprobleme**  
in Behandlung seit : **Oktober 2024**  
wann zuletzt : **November 2024**

9.2 Waren Sie in den letzten Jahren in **stationärer** Krankenhausbehandlung? **ja**

Name des Krankenhauses : **Heiligenfeld Klinik Berlin**  
Straße und Hausnummer : **Brebacher Weg 15**  
Postleitzahl : **12683**  
Ort : **Berlin**  
Abteilung / Station : **Haus 19**  
Behandlung wegen : **Burnout-Syndrom**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

Zeitraum : 07.10.2024 - 10.10.2024

### Ärztliche Untersuchungen

- |      |  |             |
|------|--|-------------|
| 10.1 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren vom <b>Medizinischen Dienst der Krankenkassen</b> im Auftrag der Krankenkasse oder der Pflegekasse durchgeführt?   | <b>nein</b> |
| 10.2 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren im Auftrag der <b>Agentur für Arbeit</b> durchgeführt?   | <b>nein</b> |
| 10.3 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren im Auftrag der <b>Berufsgenossenschaft</b> durchgeführt?   | <b>nein</b> |
| 10.4 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren im Auftrag des Arbeitgebers vom <b>Personalarzt</b> oder <b>Betriebsarzt</b> durchgeführt?   | <b>nein</b> |
| 10.5 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren im Auftrag <b>einer sonstigen Stelle</b> (zum Beispiel Kommune, Arbeitsgemeinschaft, Jobcenter, Gesundheitsamt, Blindengeldstelle, Privatversicherung) durchgeführt? | <b>nein</b> |
| 10.6 | Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren zur Feststellung einer Schwerbehinderung veranlasst?   | <b>nein</b> |

### Leistungen zur Teilhabe

- |      |  |             |
|------|--|-------------|
| 11.1 | Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht worden (zum Beispiel Kur, Umschulung)? | <b>nein</b> |
| 11.2 | Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?  | <b>nein</b> |
| 11.3 | Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?   | <b>nein</b> |

### Sonstige Angaben

- |      |   |             |
|------|---|-------------|
| 12.1 | Wurde anlässlich eines früheren Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt? | <b>nein</b> |
|------|---|-------------|

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

**Versicherungsnummer: 66 040969 H 841**  
**Versicherte(r): Haase, Jessica**  
**Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente**

- 12.2 Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen? **nein**
- 12.3 Ist eine Verständigung in deutscher Sprache möglich? **nein**
- 12.3.1 Wird ein Dolmetscher benötigt? **nein**

### **Einverständnis des Antragstellers**

Erklären Sie die Einwilligung über die vollständige Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht? **ja**

### **R0810: Meldung zur KVdR**

#### **Angaben zur Person des Rentenantragstellers**

- 1 Krankenversicherungsnummer der gesetzlichen Krankenversicherung  
Krankenversicherungsnummer : **A456789123**

#### **Angaben zur Tätigkeit**

- 2.1 Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis? **ja**  
als : **Krankenschwester**
- 2.2 Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (zum Beispiel als landwirtschaftlicher Unternehmer)? **nein**
- 2.3 Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (zum Beispiel als Beamter, Ruhestandsbeamter)? **nein**
- 2.4 Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden? **nein**
- 2.5 Sind Sie zurzeit familienversichert? **nein**

#### **Angaben zu Leistungen**

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

- 2.6 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.7 Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.8 Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt? **nein**
- 2.9 Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (zum Beispiel Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - ggf. auch aus dem Ausland -? **nein**

#### Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des Rentenantragstellers

- 4.1 Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert? **nein**
- 4.2 Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?  
am : **03.08.1987**
- 4.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert?  
- Angaben sind frühestens ab dem 01.01.1995 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 01.01.1995, geben Sie diese bitte auch an. -
- Zeitraum : **01.01.1995 - laufend**  
Name der Krankenkasse : **DAK-Gesundheit**  
Straße und Hausnummer : **Nagelsweg 27-31**  
Postleitzahl : **20097**  
Ort : **Hamburg**  
Art der Versicherung : **Mitglied**
- 4.4 Haben oder hatten Sie Kinder? **nein**
- 4.5 Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt? **nein**
- 4.6 Sind bzw. waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig? **nein**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

### Antrag auf Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung

6 Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung beim Rentenversicherungsträger zu beantragen ist.

Diesen Zuschuss beantrage ich / habe ich beantragt. : **nein**

### Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle

8.1 Datum der Rentenantragstellung **20.11.2024**

8.2 Rentenart **Rente wegen Erwerbsminderung**

8.3 Der Rentenantrag wurde weitergeleitet an **keine Angaben**

### R0990: Aufstellung über eingereichte bzw. nachzureichende Unterlagen

#### Unterlagen

Werden Unterlagen eingereicht oder sind diese nachzureichen? **ja**

- **Art der Unterlage :** **ärztliche Unterlagen (ambulante Behandlung seit: 10 Jahren)**  
Status : **eingereichte Kopien**  
Anzahl der Unterlagen : **1**
- **Art der Unterlage :** **ärztliche Unterlagen (ambulante Behandlung seit: Oktober 2024)**  
Status : **eingereichte Kopien**  
Anzahl der Unterlagen : **1**
- **Art der Unterlage :** **ärztliche Unterlagen (stationäre Behandlung)**  
Status : **eingereichte Kopien**  
Anzahl der Unterlagen : **1**

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag

Versicherungsnummer: 66 040969 H 841  
Versicherte(r): Haase, Jessica  
Vorgang: R0100 - Antrag auf Versichertenrente

- |                         |   |
|-------------------------|---|
| ● Art der Unterlage :   | Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht |
| Status :                | eingereichte Originale                                      |
| Anzahl der Unterlagen : | 1   |

### Bemerkungen zum Vorgang

Zusammenfassung der Bemerkungen aus der Antragsaufnahme	keine Angaben
---	---------------

Entwurfsdruck: kein rechtsverbindlicher Antrag