

Folgeversorgung Deutsche Rentenversicherung

Anleitung zum Beantragen von Einlagen, Arbeitssicherheitsschuhen und/ -oder orthopädischen Arbeitssicherheitsschuhen bei der Deutschen Rentenversicherung

Informationen für Sie und Ihren Arbeitgeber

Arbeitsschuhen, Einlagen und/ -oder Schuhzurichtungen

(Baumustergeprüft nach DGUV 112-191)

Diese werden von dem Kostenträger in den meisten Fällen komplett getragen, Ihrem Arbeitgeber entstehen nur die Kosten des Arbeitgeberanteils.

Wenn eine Versorgung durch Nestler Orthopädie GmbH erfolgt und die Arbeitsschuhe über uns bezogen werden, besteht die Möglichkeit auch die Kosten der Arbeitssicherheitsschuhe bei der Rentenversicherung einzureichen, hier fällt nach Kostenübernahme i.d.R nur der übliche Arbeitgeberanteil an.

Anleitung zur Beantragung von Arbeitsschuhen, Einlagen und/ -oder Schuhzurichtungen

Antrag auf Folge- oder Wechselfersorgung

Das Formulare **G0135**, muß durch Sie und Ihren Arbeitgeber ausgefüllt werden. Dieser Antrag ist nur bei einer Nachlieferung/ Folgeversorgung auszufüllen.

(Auszufüllen durch Leistungsempfänger und deren Arbeitgeber)

Ärztlicher Verordnung

Hier wird die Diagnose von Ihrem Arzt eingetragen, wünschenswert ist auch eine Eintragung von orthopädischen Funktionsstörungen sowie Vorerkrankungen. Oft erfolgt eine ärztliche Empfehlung auf einem grünen oder blauen Rezept.

(Auszufüllen durch den Verordner)

Datenschutz und Abrechnungsvollmacht

Die Datenschutz und Abrechnungsvollmacht ermöglicht uns direkt mit der Rentenversicherung abzurechnen.

(Auszufüllen durch Leistungsempfänger)

Folgeversorgung

Deutsche Rentenversicherung

Checkliste

- ☐ **G0135** (Antrag auf Folge oder Wechselversorgung)
- ☐ **Verordnung** (Empfehlungs Rezept von ihrem Arzt)
- ☐ **Datenschutz und Abrechnungsvollmacht**
- ☐ **Bitte geben Sie die ausgefüllten Unterlagen bei uns wieder ab**

Bitte denken Sie daran uns Ihre zuständige Rentenversicherung mitzuteilen, die-se finden Sie auf dem Rentenbescheid ihrer Rentenversicherung.

Im folgenden zwei Muster, wo Sie die Anschrift der für sie zuständigen Rentenversicherung sowie die Versicherungsnummer finden.

Versicherungsnummer: 65 070260 Z 999 Deutsche Rentenversicherung Bund Abteilung Versicherung und Rente Ruhstraße 2, 10709 Berlin Postanschrift: 10704 Berlin Telefon 030 865-0 Telefax 030 865-27240 Servicetelefon 0800 100048070 www.deutsche-rentenversicherung- bund.de drv@drv-bund.de Datum 15.01.2020 Deutsche Rentenversicherung Bund · 10704 Berlin Frau Eva Musterfrau Ruhstr. 2 10709 Berlin	Deutsche Rentenversicherung Hessen Abteilung Versicherung und Rente Danziger Straße 2, 36098 Künzell Deutsche Rentenversicherung Hessen Deutsche Rentenversicherung Hessen Danziger Straße 2, 36098 Künzell Versicherungsnummer 65 070260 Z 999 (bitte stets angeben) Frau Eva Musterfrau Ruhstr. 2 10709 Berlin
Renteninformation 2020 Ihre Renteninformation Sehr geehrte Frau Musterfrau, in dieser Renteninformation haben wir die für Sie vom 01.08.1977 bis zum 31.12.2019 gespeicherten Daten und das geltende Rentenrecht berücksichtigt. Ihre Regelaltersrente würde am 01.07.2026 beginnen. Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen und gesetzliche Änderungen können sich auf Ihre zu erwartende Rente auswirken. Bitte beachten Sie, dass von der Rente auch Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge sowie gegebenenfalls Steuern zu zahlen sind. Auf der Rückseite finden Sie zudem wichtige Erläuterungen und zusätzliche Informationen. Rente wegen voller Erwerbsminderung Wären Sie heute wegen gesundheitlicher Einschränkungen voll erwerbsgemindert, bekämen Sie von uns eine monatliche Rente von: Höhe Ihrer künftigen Regelaltersrente Ihre bislang erreichte Rentenanwartschaft entspräche nach heutigem Stand einer monatlichen Rente von: Sollten bis zum Rentenbeginn Beiträge wie im Durchschnitt der letzten fünf Kalenderjahre gezahlt werden, bekämen Sie ohne Berücksichtigung von Rentenanpassungen von uns eine monatliche Rente von: Rentenanpassung Aufgrund zukünftiger Rentenanpassungen kann die errechnete Rente in Höhe von 1.016,30 EUR tatsächlich höher ausfallen. Allerdings können auch wir die Entwicklung nicht vorhersehen. Deshalb haben wir - ohne Berücksichtigung des Kaufkraftverlustes - zwei mögliche Varianten für Sie gerechnet. Beträgt der jährliche Anpassungssatz 1 Prozent, so ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.150 EUR. Bei einem jährlichen Anpassungssatz von 2 Prozent ergäbe sich eine monatliche Rente von etwa 1.310 EUR. Zusätzlicher Vorsorgebedarf Da die Renten im Vergleich zu den Löhnen künftig geringer steigen werden und sich somit die spätere Lücke zwischen Rente und Erwerbseinkommen vergrößert, wird eine zusätzliche Absicherung für das Alter wichtiger ("Versorgungslücke"). Bei der ergänzenden Altersvorsorge sollten Sie - wie bei Ihrer zu erwartenden Rente - den Kaufkraftverlust beachten. Mit freundlichen Grüßen Ihre Deutsche Rentenversicherung Bund 675,61 EUR 637,62 EUR 1.016,30 EUR	

Bitte nehmen Sie diesen Beleg zu Ihren Rentenunterlagen.

Wichtige Angaben für die Kostenübernahme durch den Leistungsträger

Bitte teilen Sie uns und Ihrem Arzt den für sie zuständigen Rentenversicherungsträger sowie Ihre Rentenversicherungsnummer mit.

Sitz des Rentenversicherungsträgers:

Rentenversicherungsnummer:

Um uns an die Herstellungsrichtlinien halten zu können benötigen wir den Hersteller und den Modellnamen bzw. die Artikelnummer Ihrer Arbeitssicherheitsschuhe.

Schuhhersteller:

Schuhmodell und Artikelnummer:

Schuhhersteller:

Schuhmodell und Artikelnummer:

Bei Vollständigkeit der Formulare werden diese zur Kostenübernahme von uns an den zuständigen Kostenträger geschickt.

Bei Fragen und Hilfestellungen zum Ausfüllen der Anträge wenden sie sich an die Service-Hotline der Deutschen Rentenversicherung
(Tel. 0800-100048012)

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



**Deutsche
Rentenversicherung**

MSAT / MSNR

Antrag auf Folgeversorgung oder Wechselversorgung für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

G0135

Hinweise: Diesen Antrag nur verwenden, wenn die bisherige Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausgeübt wird. Der Antrag ist vor dem Kauf beziehungsweise vor der verbindlichen Bestellung zu stellen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

1 Beantragte Leistung

Bitte fügen Sie ein Angebot eines Orthopädienschuhmachers und eine fachärztliche Empfehlung mit Begründung bei.

☐ Folgeversorgung (Verlust der Gebrauchsfähigkeit der bisherigen Versorgung)

☐ Wechselversorgung (notwendige parallele Zweitversorgung)

Übernahme der Kosten für die orthopädische Ausstattung von Fußschutz oder für Arbeitsschuhe

☐ maßgefertigte Einlagen

☐ Zurichtungen

☐ semiorthopädische Schuhe / Modulschuhe

☐ Maßschuhe

☐ Arbeitsschuhe

2 Begründung

Folgeversorgung

☐ medizinische Notwendigkeit (veränderte medizinische Situation)

Begründung: _____

☐ irreparabler Verschleiß

Begründung: _____

Wechselversorgung

☐ medizinische Notwendigkeit (zum Beispiel ausgeprägte Schweißbildung)

Begründung: _____

☐ arbeitsplatzbezogene Gründe (zum Beispiel täglicher Feuchtigkeitseinfluss von außen)

Begründung: _____



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

3 Ergänzende Angaben

Haben Sie bereits verbindlich bestellt oder gekauft?

☐ nein

☐ ja

Ich führe meine Tätigkeit unverändert fort:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ich bin noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigt:

☐ nein, bitte Formulare G0133, G0134 ausfüllen

☐ ja

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

4 Angaben des Arbeitgebers

Die Angaben der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers werden bestätigt.

Der Arbeitgeber beteiligt sich an den Kosten in Höhe von _____ EUR

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arbeitgebers

Dem Antrag sind folgende Unterlagen beigelegt:

☐ Angebot eines Orthopädienschuhmachers

☐ fachärztliche Empfehlung mit Begründung

☐ _____



Datenschutzerklärung und Abrechnungsvollmacht des Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihren Antrag auf orthopädische Einlagen und/ oder Sicherheitsschuhe bei Ihrem Versicherungsträger zur Genehmigung einzureichen und diesen nach Lieferung abzurechnen, benötigen wir alle dazugehörigen Unterlagen. Die betroffenen Unterlagen werden durch uns archiviert und nur an den Versicherungsträger weitergeleitet.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass zu diesem Zweck meine persönlichen Daten durch die Firma Nestler Orthopädie an den entsprechenden Versicherungsträger weitergeleitet werden.

Name, Vorname

Unterschrift

