Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Deutsche Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung

Bescheinigung für den Rentenversicherungsträger zur Prüfung des Zuschusses zur Krankenversicherung

R0821

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Wir bestätigen, dass für

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versicherungsscheinnummer / Mitgliedsnummer

☐ ein Versicherungsvertrag für durch Krankheit entstehende Vermögensschäden (zum Beispiel ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien oder zahnärztliche Behandlung) besteht.

Beginn der Versicherung _____ gegebenenfalls Ende _____

☐ Unser Krankenversicherungsunternehmen unterliegt der deutschen Aufsicht. → **bitte weiter bei Ziffer 2**

☐ eine Mitgliedschaft bei der Postbeamtenkrankenkasse, der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder einer anerkannten Solidargemeinschaft mit einem eigenen, von der Disposition eines Dritten unabhängigen Leistungsanspruch besteht.

Beginn der Mitgliedschaft _____ gegebenenfalls Ende _____ → **bitte weiter bei Ziffer 2**

☐ keine eigene, von der Disposition eines Dritten unabhängige Mitgliedschaft, sondern lediglich eine Mitversicherung besteht.

gegebenenfalls Ende _____ → **keine weiteren Angaben erforderlich**

2 Höhe des Beitrags für die private Krankenversicherung / des Mitgliedsbeitrags **für oben genannte Person** (**ohne** Anspruch auf Krankentagegeld, **ohne** Beiträge zur Pflegeversicherung und **ohne** Beiträge / Beitragsanteile für mitversicherte Angehörige)

von - bis	monatlich	von - bis	monatlich
	EUR		EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			

→ **bitte (gegebenenfalls) weiter bei Ziffer 3**

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Beitragsaufwendungen für Familienangehörige

3.1 Bei privatem Krankenversicherungsvertrag

Höhe des Beitrags **für Familienangehörige** (**ohne** Anspruch auf Krankentagegeld und **ohne** Beiträge zur Pflegeversicherung)

für den Ehegatten: Name, Vorname			Geburtsdatum
von - bis	monatlich EUR	von - bis	monatlich EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			
für das Kind: Name, Vorname			Geburtsdatum
von - bis	monatlich EUR	von - bis	monatlich EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			
für das Kind: Name, Vorname			Geburtsdatum
von - bis	monatlich EUR	von - bis	monatlich EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			

3.2 Bei Mitgliedschaft in Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, Postbeamtenkrankenkasse oder anerkannter Solidargemeinschaft

Höhe des Mitgliedsbeitrags **einschließlich** der Beitragsanteile für **berücksichtigungsfähige Familienangehörige** / Familienbeitrag (ohne Beiträge zur Pflegeversicherung)

von - bis	monatlich EUR	von - bis	monatlich EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			

☐ Die Höhe des Familienbeitrags ist von der tatsächlichen Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unabhängig.

☐ Die Höhe des Familienbeitrags hängt von der Anzahl berücksichtigungsfähiger Angehöriger ab. Berücksichtigt werden folgende Familienangehörige:

Ehegatte: Name, Vorname			Geburtsdatum
1. Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum	**2. Kind:** Name, Vorname	Geburtsdatum

Kontaktdaten der ausfüllenden Stelle	Ausstellungsdatum