

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)**, gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0823 verwenden

von - bis	monatlich	von - bis	monatlich
	EUR		EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			
→ bitte (gegebenenfalls) weiter bei Ziffer 3			



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3.1 Bei privatem Krankenversicherungsvertrag

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

Höhe des Mitgliedsbeitrags **einschließlich** der Beitragsanteile für **berücksichtigungsfähige Familienangehörige** / Familienbeitrag (ohne Beiträge zur Pflegeversicherung), gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0823 verwenden

Kontaktdaten der ausfüllenden Stelle	Ausstellungsdatum