

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

**Ergänzungsblatt zur Meldung zur Krankenversicherung der
Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V**

R0811

1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)	
Geburtsname		Versicherungsnummer	

zu Ziffer 3 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit

<p>3.3 Wie waren Sie bisher krankenversichert? - Angaben sind frühestens ab 1.1.1989 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1989, geben Sie diese bitte auch an. -</p> <p>Zeitraum vom - bis</p>
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 3.3

Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis				
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -				
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienversicherung	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> keine



Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kennzeichen
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zu Ziffer 4 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen
<p>4.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert? - Angaben frühestens vom 1.1.1989 an - Zeitraum vom - bis</p>	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine	
Zeitraum vom - bis	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

noch Ziffer 4.4

Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine
Zeitraum vom - bis
Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - gegebenenfalls auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -
Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine

