

Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)



**Deutsche  
Rentenversicherung**

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Eingangsstempel

Datum der Antragstellung

## Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)

# R0820

**Bei Hinterbliebenen ist für die Witwe / den Witwer und für jede Waise jeweils ein Vordruck zu verwenden**

**Hinweis:** Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) zur Verfügung.

### A Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

#### 1 Angaben zur Antrag stellenden Person

Name		Vorname (Rufname)	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname			Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)	
Adresszusatz		Telefax (Angabe freiwillig)	
Postleitzahl	Wohnort		
E-Mail (Angabe freiwillig)			





Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

## 5 Dokumentenzugang

### 5.1 Per De-Mail

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. Meine De-Mail-Adresse lautet:

### 5.2 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, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

## 6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

**Ich verpflichte mich**, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG oder bei Auslandsaufenthalt),
- b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und
- f) jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers beziehungsweise bei  
Waisen des gesetzlichen Vertreters







Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Bei Mitversicherung von Familienangehörigen:

Für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige würde der Mitgliedsbeitrag betragen:

vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR

Ort, Datum

Telefon (Durchwahl)

Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Stempel des Versicherungsunternehmens



## **Erläuterungen zum Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)**

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,  
die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen des Zuschussantrages erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage im Zuschussantrag.

Beachten Sie bitte, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung wichtig ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Daher enthält bereits der Rentenantrag die Möglichkeit, den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Diese Möglichkeit besteht auch innerhalb der Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR), dort jedoch formlos.

Steht fest, dass Sie nach dem Rentenantrag weiterhin freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, ist lediglich der Abschnitt A auszufüllen. Die Abgabe einer entsprechenden Mitgliedsbescheinigung (Abschnitt B und C) ist nicht notwendig, da uns die erforderlichen Angaben von Ihrer Krankenkasse direkt übermittelt werden. Dies enthebt Sie jedoch nicht von der Verpflichtung, uns Änderungen Ihrer Versicherung mitzuteilen (siehe Verpflichtungserklärung am Ende des Abschnitts A).

Sind Sie privat krankenversichert, bitten wir zunächst den Abschnitt A auszufüllen und den Antragsvordruck anschließend Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen beziehungsweise der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse zur Bestätigung (Abschnitt B oder C) vorzulegen. Ergibt sich der Versicherungsschutz aus Verträgen bei mehreren Versicherungsunternehmen, sind gegebenenfalls mehrere Bescheinigungen ausfüllen zu lassen.

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe, sollten Sie beachten, dass sich Auswirkungen auf den Beihilfeanspruch ergeben können, wenn der Zuschuss zur Krankenversicherung bestimmte Grenzbeträge überschreitet. Daher fragen Sie bitte Ihre zuständige Beihilfestelle, ob dies für Sie zutrifft. In diesem Fall können Sie auf den Zuschuss zur Krankenversicherung oder auf Teile des Zuschusses mit Wirkung für die Zukunft verzichten. Dies können Sie uns auch gleich bei der Antragstellung mitteilen.

### **1 Angaben zur Antrag stellenden Person**

Diese Angaben sind erforderlich, damit eine einwandfreie Zuordnung beziehungsweise Bescheiderteilung möglich ist.

### **2 Frage nach weiterem Rentenbezug**

Beziehen Sie mehrere Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, wie zum Beispiel Rente wegen Alters und Hinterbliebenenrente, wird der Zuschuss zur Krankenversicherung aus der Summe dieser Renten berechnet und regelmäßig zu einer dieser Renten gezahlt. Damit der Zuschuss in richtiger Höhe berechnet werden kann, bitten wir anzugeben, ob Sie bereits eine weitere Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und gegebenenfalls von welchem Versicherungsträger die Rente gezahlt wird. Dabei ist auch anzugeben, ob Sie bereits einen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen oder beantragt haben.

### **3 Frage nach der Versicherungspflicht**

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird nicht gezahlt, solange Sie in einer deutschen oder einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Daher bitten wir um Angabe, ob Versicherungspflicht bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse besteht. Zu den deutschen gesetzlichen Krankenkassen zählen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Knappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Sollten Sie eine Rente eines anderen Staates beziehen, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und sich in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsberechtigter eingeschrieben haben, bitten wir dies auch anzugeben, weil der Zuschuss zur Krankenversicherung dann ebenfalls ausgeschlossen ist.

Darüber hinaus sind auch Angaben erforderlich, wenn eine ausländische Krankenversicherungspflicht besteht, da der Zuschuss auch in diesem Fall nicht zu zahlen ist. Die Versicherungspflicht kann bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenkasse oder auch bei einem ausländischen öffentlichen (staatlichen) Gesundheitsdienst in Betracht kommen.



#### **4 Frage nach der Berücksichtigung von Beitragsaufwendungen für Familienangehörige**

Sind Sie privat krankenversichert, ist der Zuschuss auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Aufwendungen zur Krankenversicherung zu begrenzen. Daher können unter bestimmten Voraussetzungen auch Beitragsaufwendungen für Ihre Familienangehörigen (Ehegatten oder Kinder) bei der Berechnung des Zuschusses berücksichtigt werden.

Ihr Familienangehöriger darf

- mit seinem Gesamteinkommen 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigen (2017 = 425 EUR; bei geringfügiger Beschäftigung 450 EUR),
- selbst nicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein und
- selbst nicht als Rentenbezieher einen Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung haben.

Damit wir prüfen können, ob Beitragsaufwendungen Ihrer Familienangehörigen berücksichtigungsfähig sind, teilen Sie uns bitte mit, wie hoch das monatliche Gesamteinkommen Ihres Familienangehörigen ist und gegebenenfalls seit wann und von welchem Rentenversicherungsträger und unter welcher Versicherungsnummer Ihr Familienangehöriger selbst bereits eine Rente bezieht.

#### **5 Dokumentenzugang**

##### **5.1 Per De-Mail**

Mit De-Mail werden elektronische Nachrichten verschlüsselt, geschützt und nachweisbar verschickt. Im Gegensatz zu einer einfachen E-Mail können bei De-Mail sowohl die Identität der Kommunikationspartner als auch der Versand und der Eingang von De-Mails jederzeit zweifelsfrei nachgewiesen werden. Die Inhalte einer De-Mail können auf ihrem Weg durch das Internet nicht mitgelesen oder verändert werden.

Bitte geben Sie Ihre De-Mail-Adresse (Beispiel: erika.mustermann@anbieter.de-mail.de) an. Diese erhalten Sie bei Eröffnung eines De-Mail-Kontos bei einem akkreditierten De-Mail-Anbieter.

Weitere Informationen zur De-Mail bietet zum Beispiel das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) im Internet unter [www.bsi.bund.de](http://www.bsi.bund.de) unter **>> Publikationen >> Broschüren** an.

##### **5.2 Für sehbehinderte Menschen**

Wir werden Ihnen zukünftig gewünschte barrierefreie Dokumente zusammen mit Dokumenten in Schwarzschrift auf Papier senden. Ein Nachweis über die Behinderung ist nicht erforderlich.

Das Hörmedium wird mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem

- mp3-fähigen Abspielgerät gegebenenfalls mit DAISY-Software oder
- speziellen DAISY-Abspielgerät

gehört werden.

Herkömmliche CD-Abspielgeräte sind für dieses Format nicht geeignet.

Wir werden Ihnen die barrierefreien Dokumente in höchstmöglicher Qualität zur Verfügung stellen. Sollte sich ein Dokument als fehlerhaft erweisen, teilen Sie uns dies bitte mit.

#### **6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird unter den Voraussetzungen des § 106 SGB VI zu Ihren Aufwendungen für Ihre freiwillige oder private Krankenversicherung gezahlt. Er beträgt rechnerisch 7,3 % Ihrer monatlichen Rente und ist gegebenenfalls auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung zu begrenzen.

Ändert sich Ihr Krankenversicherungsverhältnis (zum Beispiel durch den Eintritt von Versicherungspflicht oder die Änderung Ihrer Aufwendungen) kann dies zum Wegfall des Zuschusses oder zur Änderung der Zuschusshöhe führen mit der Folge, dass überzahlte Zuschussbeträge von Ihnen zurückgefordert werden. Daher haben Sie die unter Ziffer 6 aufgeführten Mitwirkungspflichten, deren Kenntnisnahme Sie mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung

