



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:

Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

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

|  |           |              |  |
|--|-----------|--------------|--|
| Name, Vorname                              |           | Geburtsdatum |  |
| <input type="checkbox"/> für den Ehegatten |           |              |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |
| Name, Vorname                              |           |              |  |
| <input type="checkbox"/> für das Kind      |           |              |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |
| Name, Vorname                              |           |              |  |
| <input type="checkbox"/> für das Kind      |           |              |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |
| vom - bis                                  | monatlich | EUR          |  |

Es wird bestätigt, dass

- unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates unterliegt, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein, Norwegen, die Schweiz und das Vereinigte Königreich).
- auf unsere Leistung ein Rechtsanspruch besteht, der nicht von der Bedürftigkeit des Versicherungsnehmers abhängt.
- ein eigenständiger Versicherungsschutz besteht, der nicht von der Disposition eines Dritten abhängig ist. Für zusammengefasste Familienversicherungen in einem Vertrag ist diese Voraussetzung erfüllt, wenn jederzeit eine Umwandlung in eigene Verträge möglich wäre.

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Ort, Datum                            | Telefon (Durchwahl)                        |
|                                       |  |
| Stempel des Versicherungsunternehmens | Unterschrift des Versicherungsunternehmens |





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)                        |
| <br><br>                              |  |
| Stempel des Versicherungsunternehmens | Unterschrift des Versicherungsunternehmens |

