

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten



**Deutsche  
Rentenversicherung**

**Deutsche Rentenversicherung**

**Bescheinigung des privaten  
Krankenversicherungsunternehmens zur Krankenversicherung**

**R0821**

Wir bestätigen, dass ein Versicherungsvertrag gegen die durch Krankheit entstehenden Vermögensschäden (zum Beispiel ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung) besteht für

Versicherter (Titel, Namenszusatz, Name, Vorname)		Geburtsdatum
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> <div style="width: 20px;"></div> </div>
Versicherungsschein-Nummer	Beginn der Versicherung	gegebenenfalls Ende

**Höhe des Beitrags ohne Anspruch auf Krankentagegeld und ohne Beiträge zur Pflegeversicherung**

vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
Beitragsfreies und leistungsfreies Ruhen der Versicherung (gegebenenfalls anwartschaftserhaltende Beträge)		
vom - bis		
Beitragsschuldner ist		
<input type="checkbox"/> obengenannter Versicherter <input type="checkbox"/>		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>

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



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

**Deutsche  
Rentenversicherung**

# Bescheinigung für Mitgliedschaft bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse

R0821

Versicherter (Titel, Namenszusatz, Name, Vorname)		Geburtsdatum
Versicherungsschein-Nummer	Beginn der Versicherung	gegebenenfalls Ende

vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
vom - bis	monatlich	EUR
Beitragsfreies und leistungsfreies Ruhen der Mitgliedschaft (zum Beispiel wegen Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz)		
vom - bis		



Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:  
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

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)
Stempel des Versicherungsunternehmens	Unterschrift des Versicherungsunternehmens

