

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten	



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
<hr/>		
<input type="checkbox"/> ein Versicherungsvertrag für durch Krankheit entstehende Vermögensschäden (zum Beispiel ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien oder zahnärztliche Behandlung) besteht. Beginn der Versicherung _____ gegebenenfalls Ende _____		
<input type="checkbox"/> Unser Krankenversicherungsunternehmen unterliegt der deutschen Aufsicht. → bitte weiter bei Ziffer 2		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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			



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

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Beitragsaufwendungen für Familienangehörige

3.1 Bei privatem Krankenversicherungsvertrag

Höhe des Beitrags für **Familienangehörige (ohne Anspruch auf Krankentagegeld und ohne Beiträge zur Pflegeversicherung)**, gegebenenfalls Ergänzungsblatt R0823 verwenden

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			

3.2 Bei Mitgliedschaft in Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, Postbeamtenkrankenkasse oder anerkannter Solidargemeinschaft

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

von - bis	monatlich	von - bis	monatlich
	EUR		EUR
leistungsfreies Ruhen von - bis			
<input type="checkbox"/>	Die Höhe des Familienbeitrags ist von der tatsächlichen Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unabhängig.		
<input type="checkbox"/>	Die Höhe des Familienbeitrags hängt von der Anzahl berücksichtigungsfähiger Angehöriger ab. Berücksichtigt werden folgende Familienangehörige:		
Ehegatte: Name, Vorname			Geburtsdatum
1. Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum	2. Kind: Name, Vorname	Geburtsdatum

Kontaktdaten der ausfüllenden Stelle	Ausstellungsdatum
--------------------------------------	-------------------

