



## Krankenversicherung der Rentner (KVdR)- Fragebogen

Name:		Mitglieds-Nr.:	
Vorname:		Geb.Datum:	

1. In welcher *gesetzlichen Krankenkasse* sind Sie versichert?

\_\_\_\_\_

2. Ihre Versicherten-Nr. bei der Krankenkasse?

\_\_\_\_\_

3. Ihre Sozialversicherungsnummer?

\_\_\_\_\_

4. Sind Sie bei dieser Krankenkasse

freiwillig versichert

pflichtversichert

familienversichert

5. Wenn Sie in *keiner gesetzlichen Krankenkasse* versichert sind, besteht dann eine Zugehörigkeit zu einer **privaten Krankenversicherung**?

Ja

Nein

6. Beziehen Sie zusätzlich noch eine Rente aus einer gesetzlichen Rentenversicherung?

Ja

Nein

*(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)*

Ich bestätige die Richtigkeit dieser Angaben.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

*(Bei Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenversicherung bitte Rückseite von Ihrer Krankenkasse ausfüllen lassen!)*



Mitglieds-Nr.:

**Von Ihrer Krankenkasse auszufüllen!**

(Bitte alle Angaben für einen Versorgungsbezugsempfänger)

**Bezeichnung der Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
(ggf. Stempel) \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Betriebsnummer:** \_\_\_\_\_

**Zahlstellenummer:** 10622651 \_\_\_\_\_

**Beitragssatz aus Versorgungsbezug:** \_\_\_\_\_

**Mehrfachbezug:**  Ja  Nein

**Maximaler Versorgungsbezug:** \_\_\_\_\_

**Bankverbindung:**

**Name des Kreditinstituts:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC:** \_\_\_\_\_

**Es besteht ab Rentengewährung:**  Versicherungspflicht  
 eine freiwillige Versicherung  
 eine Familienversicherung

**Beiträge sind vom Versorgungswerk abzuführen:**  
 Ja  Nein

**Veränderungsmeldung erforderlich:**  
 Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse