



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.

Datum

Unterschrift

(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