

R821



Versicherungsnummer d. Versicherten*

Kennzeichen (soweit bekannt)

* Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer d. verstorbenen Versicherten

A Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens zur Krankenversicherung

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

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Versicherungsschein-Nr.	Beginn der Versicherung	ggf. Ende

Höhe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld

vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.
vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.

Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Versicherung (ggf. anwartschaftserhaltende Beträge)

vom - bis

Beitragsschuldner ist

☐ obengenannter Versicherter

Höhe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld für Familienangehörige

für den Ehegatten		Name, Vorname für das Kind		Name, Vorname für das Kind	
vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.
vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.

Es wird bestätigt, dass

☐ unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates unterliegt, in dem das Recht der Europäischen Gemeinschaften über soziale Sicherheit, die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, anzuwenden ist (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz).

☐ 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)

Unterschrift des Versicherungsunternehmens

Stempel des Versicherungsunternehmens

B Bescheinigung für Mitgliedschaft bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten o d e r der Postbeamtenkrankenkasse

Wir bescheinigen, dass eine Mitgliedschaft besteht für

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Versicherungsschein-Nr.	Beginn der Versicherung	ggf. Ende

Höhe des Mitgliedsbeitrages

vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.
vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.

Beitrags- und leistungsfreies Ruhen der Mitgliedschaft (z. B. wegen Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz)

vom - bis

Bei Mitversicherung von Familienangehörigen:

Für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige würde der Mitgliedsbeitrag betragen:

vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.
vom - bis	EUR mtl.	vom - bis	EUR mtl.

Ort, Datum

Telefon (Durchwahl)

Unterschrift

Stempel

