



## Ergänzungsblatt zur Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Abs. 1 SGB V

<b>1</b>	<b>Angaben zur Person des Rentenantragstellers</b>
Name, Vorname, Geburtsname	Versicherungsnummer

<b>2</b>	<b>Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des Rentenantragstellers</b>			
Wie waren Sie bisher krankenversichert?				
Zeitraum vom - bis - Angaben frühestens vom 01.01.1983 an -	Name, Anschrift der Krankenkasse / PKV - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	Art der Versicherung		
		Mitglied	Familien- vers.	Privat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3</b>	<b>Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten</b>			
Name, Vorname, Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen			
Wie war der Verstorbene krankenversichert?				
Zeitraum vom - bis - Angaben frühestens vom 01.01.1983 an -	Name, Anschrift der Krankenkasse / PKV - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -	Art der Versicherung		
		Mitglied	Familien- vers.	Privat
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>