



### 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. Sind Sie bei dieser Krankenkasse

*freiwillig versichert*

*pflichtversichert*

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

**Ja**                       **Nein**

5. 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!)*



**Von Ihrer Krankenkasse auszufüllen!**

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

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

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

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

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

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

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

**Mehrfachbezug:**  Ja  Nein

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

**Bankverbindung:**

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

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

**Es besteht ab Rentengewährung:**  Versicherungspflicht

eine freiwillige Versicherung

**Beiträge sind vom Versorgungswerk abzuführen:**

Ja  Nein

**Veränderungsmeldung erforderlich:**

Ja  Nein

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

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