



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!

(Bitte alle Angaben für einen Versorgungsbezugsempfänger)

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