



Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)

Bei Hinterbliebenen ist für die / den Witwe(r) und für jede Waise jeweils ein Vordruck zu verwenden

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) - von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60 bis 65 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Wenn Sie weitere Anträge benötigen, stehen Ihnen alle entsprechenden Antragsvordrucke auch im Internet unter www.deutsche-rentenversicherung.de zur Verfügung.

| | |
|--|---------------------------------|
| Versicherungsnummer der / des Versicherten* | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

R820

A Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

| | |
|--|--------------|
| 1 Angaben zur Antrag stellenden Person | |
| Name, Vorname, Geburtsname | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort | |
| Telefonisch tagsüber zu erreichen, Telefax, E-Mail (Angabe freiwillig) | |

| | | |
|---|--------------|-------------|
| 2 Angaben zur Person der / des verstorbenen Versicherten (bei Antrag auf Hinterbliebenenrente) | | |
| Name, Vorname, Geburtsname | Geburtsdatum | Sterbedatum |

| | | |
|--|---------------------------|---------------------|
| 3 Beziehen Sie (bzw. die Waise) eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ist eine weitere Rente beantragt? | | |
| seit | Rentenversicherungsträger | Versicherungsnummer |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |
| Falls ja: Wird zu der weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | |

| | |
|--|--|
| 4 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beanspruchen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung? | |
| Name und Anschrift der Krankenkasse | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| Grund der Versicherungspflicht (z. B. Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung) | |

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|---|
| 5 Falls Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden sollen: | | | |
| Familienangehöriger (Name, Vorname) | Geburtsdatum | Verwandtschaftsverhältnis | Gesamteinkommen des Familienangehörigen |
| | | | mtl. EUR |
| Ist der Familienangehörige Rentner? | Datum (Tag, Monat, Jahr) | Rentenversicherungsträger | Versicherungsnummer |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab | | | |

6 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden und zwar

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> als Großdruck | <input type="checkbox"/> in Braille (Vollschrift) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (Kassette) |
| <input type="checkbox"/> in Braille (Kurzschrift) | <input type="checkbox"/> als CD (Schrift- / Textdatei im ".doc"-Format) | <input type="checkbox"/> als Hörmedium (CD-DAISY Format) |

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben zu einer strafrechtlichen Verfolgung führen können.

Ich verpflichte mich, dem Rentenversicherungsträger die nachfolgenden Sachverhalte **unverzüglich anzuzeigen**:

- die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (z. B. bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz, Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
- jede Veränderung der Beitrags- oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
- den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. durch die Aufnahme einer Beschäftigung, durch den Antrag auf eine weitere Rente, durch den Bezug von Übergangsgeld wegen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II),
- den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),
- die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die VO (EWG) Nr. 1408/71 gilt (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und
- jede Änderung in den Verhältnissen des Familienangehörigen, dessen Beitragsaufwendungen bei der Zuschusszahlung berücksichtigt werden (eigene Rentenberechtigung, Eintritt von Versicherungspflicht in der deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung, Änderungen der Beitragsaufwendungen oder des Gesamteinkommens).

B 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

| | | Name, Vorname | Name, Vorname |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> für den Ehegatten | <input type="checkbox"/> für das Kind | <input type="checkbox"/> für das Kind | |
| 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 | |

C Bescheinigung für Mitgliedschaft bei der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten o d e r 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 | |

Erläuterungen zum Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

der Rentenversicherungsträger ist verpflichtet, Ihren Anspruch auf Zuschuss zur Krankenversicherung nach den gesetzlichen Bestimmungen des § 106 SGB VI festzustellen. Voraussetzung dafür ist, dass der Zuschussantrag vollständig ausgefüllt ist. Beachten Sie bitte bei Hinterbliebenenrenten, dass für jeden Rentenberechtigten ein eigener Zuschussantrag erforderlich ist.

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen des Zuschussantrages erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage im Zuschussantrag.

Die Fragen im Zuschussantrag und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen für die männliche Form entschieden.

Beachten Sie bitte, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung wichtig ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Daher enthält bereits der Rentenantrag die Möglichkeit, den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Diese Möglichkeit besteht auch innerhalb der KVdR-Meldung, dort jedoch formlos.

Steht fest, dass Sie nach dem Rentenantrag weiterhin freiwilliges Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung sind, ist lediglich der Abschnitt A auszufüllen. Die Abgabe einer entsprechenden Mitgliedsbescheinigung (Abschnitt B und C) ist nicht notwendig, da uns die erforderlichen Angaben von Ihrer Krankenkasse direkt übermittelt werden. Dies enthebt Sie jedoch nicht von der Verpflichtung, uns Änderungen Ihrer Versicherung mitzuteilen (siehe Verpflichtungserklärung am Ende des Abschnitts A).

Sind Sie privat krankenversichert, bitten wir zunächst den Abschnitt A auszufüllen und den Antragsvordruck anschließend Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse zur Bestätigung (Abschnitt B oder C) vorzulegen. Ergibt sich der Versicherungsschutz aus Verträgen bei mehreren Versicherungsunternehmen, sind ggf. mehrere Bescheinigungen ausfüllen zu lassen.

Für den Fall, dass Sie einen Anspruch auf Beihilfe haben, sollten Sie in diesem Zusammenhang beachten, dass sich Auswirkungen auf den Beihilfeanspruch ergeben können (Auskünfte erteilt Ihnen Ihre zuständige Beihilfestelle), wenn der Zuschuss zur Krankenversicherung bestimmte Grenzbeträge überschreitet. Trifft dies zu, kann auf den Zuschuss zur Krankenversicherung oder auf Teile des Zuschusses - für die Zukunft - verzichtet werden.

1 Angaben zur Antrag stellenden Person

Diese Angaben sind erforderlich, damit eine einwandfreie Zuordnung bzw. Bescheiderteilung möglich ist.

2 Angaben zur Person des verstorbenen Versicherten

Die Angaben zur Person des verstorbenen Rentenversicherten sind nur erforderlich, wenn der Zuschuss zur Krankenversicherung zu einer Hinterbliebenenrente beantragt wird.

3 Frage nach weiterem Rentenbezug

Beziehen Sie mehrere Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, wie z. B. Rente wegen Alters und Hinterbliebenenrente, wird der Zuschuss zur Krankenversicherung aus der Summe dieser Renten berechnet und regelmäßig zu einer dieser Renten gezahlt. Damit der Zuschuss in richtiger Höhe berechnet werden kann, bitten wir anzugeben, ob Sie bereits eine weitere Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und ggf. von welchem Versicherungsträger die Rente gezahlt wird. Dabei ist auch anzugeben, ob Sie bereits einen Zuschuss zur Krankenversicherung beziehen oder beantragt haben.

4 Frage nach der Versicherungspflicht

Die Zahlung des Zuschusses zur Krankenversicherung ist ausgeschlossen, wenn Sie in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind.

Daher bitten wir um Angabe, ob Versicherungspflicht bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse besteht. Zu den deutschen gesetzlichen Krankenkassen zählen die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Knappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Sollten Sie eine Rente eines anderen Staates beziehen, in dem die VO (EWG) Nr. 1408/71 anzuwenden ist (das sind die Mitgliedstaaten der EU sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und sich in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsberechtigter eingeschrieben haben, bitten wir dies auch anzugeben, weil der Zuschuss zur Krankenversicherung dann ebenfalls ausgeschlossen ist.

Darüber hinaus sind auch Angaben erforderlich, wenn eine ausländische Krankenversicherungspflicht besteht, da der Zuschuss seit dem 01.05.2007 auch in diesem Fall nicht gezahlt wird. Die Versicherungspflicht kann bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenkasse oder auch bei einem ausländischen öffentlichen (staatlichen) Gesundheitsdienst in Betracht kommen.

5 Frage nach der Berücksichtigung von Beitragsaufwendungen für Familienangehörige

Eine Berücksichtigung von Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige (Ehegatten oder Kinder) bei der Berechnung des Zuschusses zur Krankenversicherung ist nur möglich, wenn der Familienangehörige mit seinem Gesamteinkommen ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2010 = 365,- EUR; bei geringfügiger Beschäftigung 400,- EUR) nicht überschreitet, nicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist und selbst nicht als Rentenbezieher einen Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung hat.

Wir werden Ihnen zukünftig gewünschte barrierefreie Dokumente zusammen mit Dokumenten in Schwarzschrift auf Papier senden. Ein Nachweis über die Behinderung ist nicht erforderlich.

In einer Übergangsphase erhalten Sie den Großdruck auf DIN A3 Format. Die Schrift- / Textdatei wird im Dateiformat ".doc" ausgegeben.

Hörmedien werden mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem

- mp3-fähigen Abspielgerät gegebenenfalls mit DAISY - Software
oder
- speziellen DAISY - Abspielgerät

gehört werden.

Herkömmliche CD - Abspielgeräte sind für dieses Format nicht geeignet.

Wir werden Ihnen die barrierefreien Dokumente in höchstmöglicher Qualität zur Verfügung stellen. Sollte sich ein Dokument als fehlerhaft erweisen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Rentenversicherungsträger