



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

1	Angaben zur Person des Rentenantragstellers	
Name, Vorname, Geburtsname		Versicherungsnummer

2	Angaben zum Krankenversicherungsverhältnis des Rentenantragstellers			
Wie waren Sie bisher krankenversichert?				
Zeitraum vom - bis <small>- Angaben frühestens vom 01.01.1984 an -</small>	Name, Anschrift der Krankenkasse / PKV <small>- ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -</small>	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"/>

3	Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten			
Name, Vorname, Geburtsname		Versicherungsnummer des Verstorbenen		
Wie war der Verstorbene krankenversichert?				
Zeitraum vom - bis <small>- Angaben frühestens vom 01.01.1984 an -</small>	Name, Anschrift der Krankenkasse / PKV <small>- ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -</small>	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"/>