

# R0810

## Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Absatz 1 SGB V

- Bitte Merkblatt über die KVdR beachten -

**Hinweis:** Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit die Voraussetzungen für die KVdR geprüft werden können. Die Fragen ergeben sich aus den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 206 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) -, § 32 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) verpflichtet.

### 1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers

(bei Anträgen auf Waisenrente bitte für jede Waise jeweils einen Vordruck ausfüllen)

|                            |         |                                                                       |                                                       |
|----------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Name                       |         | Vorname                                                               |                                                       |
| Geburtsname                |         |                                                                       | Geburtsdatum                                          |
| Staatsangehörigkeit        |         |                                                                       |                                                       |
| Familienstand              |         | ggf. Datum der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft |                                                       |
| Versicherungsnummer        |         | Krankenversichertennummer der gesetzlichen Krankenversicherung        |                                                       |
| Straße, Hausnummer         |         |                                                                       | telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) |
| Postleitzahl               | Wohnort |                                                                       | Telefax (Angabe freiwillig)                           |
| E-Mail (Angabe freiwillig) |         |                                                                       |                                                       |

### 2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses

|                                                                                                                     |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>2.1</b> Stehen Sie zurzeit in einem Beschäftigungsverhältnis?                                                    |                             |
| als                                                                                                                 |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>2.2</b> Üben Sie zurzeit eine selbständige Tätigkeit aus (z. B. als landwirtschaftlicher Unternehmer)?           |                             |
| als                                                                                                                 |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>2.3</b> Besteht für Sie Versicherungsfreiheit in der Krankenversicherung (z. B. als Beamter, Ruhestandsbeamter)? |                             |
| als                                                                                                                 |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>2.4</b> Sind Sie von der Krankenversicherungspflicht befreit worden?                                             |                             |
| wegen                                                                                                               |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja |
| <b>2.5</b> Sind Sie zurzeit familienversichert?                                                                     |                             |
| Name, Vorname, Geburtsdatum des Stammversicherten (z. B. Ehegatte, Elternteil), Verwandtschaftsverhältnis           |                             |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja |

**2.6** Beziehen Sie bereits eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie eine solche beantragt?

nein  ja seit \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsträger \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**2.7** Beziehen Sie eine gesetzliche Rente aus dem Ausland oder haben Sie eine solche beantragt?

nein  ja seit \_\_\_\_\_  
Rentenversicherungsträger, Staat \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer / Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**2.8** Beziehen Sie bereits eine Rente aus der Alterssicherung der Landwirte oder haben Sie eine solche beantragt?

nein  ja seit \_\_\_\_\_  
Landwirtschaftliche Alterskasse \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**2.9** Erhalten oder erwarten Sie Versorgungsbezüge (z. B. Betriebsrente, Zusatzrente, Pension, Kapitalleistung aus einer Direktversicherung) - ggf. auch aus dem Ausland -?

nein  ja Name der Zahlstelle \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen \_\_\_\_\_

**3 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit**

**3.1** Sind Sie bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?

nein, bitte weiter bei Ziffer 3.2  
Name und Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 ja \_\_\_\_\_  
bitte weiter bei Ziffer 4 bzw. 5

**3.2** Wann wurde erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?

am 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

**3.3** Wie waren Sie bisher krankenversichert? (ggf. Ergänzungsblatt **Vordruck R0811** verwenden)  
- Angaben sind frühestens ab 1.1.1984 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1984, geben Sie diese bitte auch an. -

**Zeitraum vom - bis**

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung  Mitglied  Familienversicherung  Privat  keine

**Zeitraum vom - bis**

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung  Mitglied  Familienversicherung  Privat  keine

**Zeitraum vom - bis**

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung  Mitglied  Familienversicherung  Privat  keine

**Zeitraum vom - bis**

Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -

Art der Versicherung  Mitglied  Familienversicherung  Privat  keine

**3.4** Sind Sie anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?

nein, bitte weiter bei Ziffer 3.5  
anerkannt seit

ja

Antrag vom 

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

**3.4.1** Wann sind Sie aus dem Ausland zugezogen?

|     |       |      |
|-----|-------|------|
| Tag | Monat | Jahr |
|     |       |      |

  
am

**3.4.2** Aus welchem Staat sind Sie zugezogen?

**3.5** Sind bzw. waren Sie als selbständiger Künstler oder Publizist tätig?  
seit, vom - bis

nein  ja

**4 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten**  
(nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich, ansonsten weiter bei Ziffer 5)

|                                                                                                                                                                     |              |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|
| <b>4.1</b> Name                                                                                                                                                     | Vorname      |                 |
| Geburtsname                                                                                                                                                         | Geburtsdatum | Sterbedatum     |
| Versicherungsnummer des Verstorbenen                                                                                                                                |              |                 |
| <b>Bei Anträgen auf Halbwaisenrente</b> hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse der Witwe, des Witwers eintragen:                                      |              |                 |
|                                                                                                                                                                     |              |                 |
| <b>4.2</b> Bezog der Verstorbene eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus der Alterssicherung der Landwirte oder hatte er eine solche beantragt? |              |                 |
| <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3                                                                                                          |              |                 |
| seit                                                                                                                                                                |              |                 |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                         |              |                 |
| Versicherungsträger                                                                                                                                                 |              |                 |
| Versicherungsnummer / Rentenzeichen / Aktenzeichen                                                                                                                  |              |                 |
| <b>4.2.1</b> War der Verstorbene bereits als Rentner in der KVdR krankenversichert?                                                                                 |              |                 |
| <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3                                                                                                          |              |                 |
| Name und Anschrift der Krankenkasse                                                                                                                                 |              |                 |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                                                         |              |                 |
| bitte weiter bei Ziffer 5                                                                                                                                           |              |                 |
| <b>4.3</b> Wann wurde vom Verstorbenen erstmalig eine Erwerbstätigkeit aufgenommen - ggf. auch im Ausland -?                                                        |              |                 |
| am                                                                                                                                                                  | Tag          | Monat      Jahr |
|                                                                                                                                                                     |              |                 |
| <b>4.4</b> Wie war der Verstorbene krankenversichert? (ggf. Ergänzungsblatt <b>Vordruck R0811</b> verwenden)<br>- Angaben frühestens vom 1.1.1984 an -              |              |                 |
| <b>Zeitraum vom - bis</b>                                                                                                                                           |              |                 |
| Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -                             |              |                 |
| Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine |              |                 |
| <b>Zeitraum vom - bis</b>                                                                                                                                           |              |                 |
| Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR -                             |              |                 |
| Art der Versicherung <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine |              |                 |

noch Ziffer 4.4

|                                                                                                                                         |                                   |                                               |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Zeitraum vom - bis</b>                                                                                                               |                                   |                                               |                                                                |
| Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR - |                                   |                                               |                                                                |
| Art der Versicherung                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Mitglied | <input type="checkbox"/> Familienversicherung | <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine |
| <b>Zeitraum vom - bis</b>                                                                                                               |                                   |                                               |                                                                |
| Name und Anschrift der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens - ggf. auch Sozialversicherung der ehemaligen DDR - |                                   |                                               |                                                                |
| Art der Versicherung                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Mitglied | <input type="checkbox"/> Familienversicherung | <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> keine |
| <b>4.5</b> War der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?                                |                                   |                                               |                                                                |
| <input type="checkbox"/> nein, bitte weiter bei Ziffer 5                                                                                |                                   |                                               |                                                                |
| anerkannt seit                                                                                                                          |                                   |                                               |                                                                |
| <input type="checkbox"/> ja                                                                                                             |                                   |                                               |                                                                |
| Antrag vom                                                                                                                              | Tag                               | Monat                                         | Jahr                                                           |
| <b>4.5.1</b> Wann ist der Verstorbene aus dem Ausland zugezogen?                                                                        |                                   |                                               |                                                                |
| am                                                                                                                                      | Tag                               | Monat                                         | Jahr                                                           |
| <b>4.5.2</b> Aus welchem Staat ist der Verstorbene zugezogen?                                                                           |                                   |                                               |                                                                |

## 5 Antrag auf Beitragszuschuss bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung

|                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mir ist bekannt, dass der Zuschuss zur freiwilligen oder privaten Krankenversicherung beim Rentenversicherungsträger zu beantragen ist. |
| Diesen Zuschuss <input type="checkbox"/> beantrage ich / habe ich beantragt.                                                            |

## 6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich **versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Vordruck und ggf. auf dem Ergänzungsblatt nach bestem Wissen gemacht habe.

Das Merkblatt über die KVdR habe ich erhalten.

Anlage **Ergänzungsblatt R0811**

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers / des Bevollmächtigten

┌ Name, Anschrift der Krankenkasse ─┐

└──────────────────────────────────┘

**7 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle**

(z. B. Versicherungsamt, Gemeindeverwaltung, Versichertenberater / Versichertenberaterinnen)

|                                                                                                                                                                                           |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Datum der Rentenantragstellung, Rentenart                                                                                                                                                 | Antrag weitergeleitet an:<br>(Name des Rentenversicherungsträgers) |
| <b>Bei Antrag auf Witwenrente / Witwerrente:</b> Vorschusszahlung bei der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, oder der knappschaftlichen Rentenversicherung beantragt?<br>am |                                                                    |
| <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ja                                        |

Das Merkblatt über die KVdR ist ausgehändigt worden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der den Antrag aufnehmenden Stelle

**8 Bearbeitungsvermerk der Krankenkasse**

|                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| KVdR-Voraussetzungen erfüllt? |                             |
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Daten erfasst am:             | Handzeichen, Datum          |

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

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bietet Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen vom Tag der Rentenanspruchstellung an einen Krankenversicherungsschutz durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die KVdR wird nicht durchgeführt, solange Sie nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig sind oder ein anderer Ausschlussgrund vorliegt. Näheres hierzu können Sie im Merkblatt zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**) nachlesen.

Damit die gesetzliche Krankenkasse prüfen kann, ob für Sie eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR in Betracht kommt, haben Sie zugleich mit dem Rentenanspruch eine "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 Abs. 1 SGB V" (**Vordruck R0810**) einzureichen. Die Meldung zur Krankenversicherung der Rentner, die auch die Meldung zur sozialen Pflegeversicherung einschließt, ist von Ihnen auch abzugeben, wenn Sie die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR offensichtlich nicht erfüllen, weil Sie z. B. seit vielen Jahren bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Allein die zuständige Krankenkasse prüft nach Vorliegen der Meldung die Voraussetzungen für die KVdR und entscheidet über die Mitgliedschaft in der KVdR und Pflegeversicherung. Die Krankenkasse wiederum teilt dem Rentenversicherungsträger für die Beitragszahlung aus der Rente die krankenversicherungsrechtlichen Auswirkungen mit, die sich durch die Rentenanspruchstellung ergeben.

Den **Vordruck R0810** brauchen Sie nur dann nicht auszufüllen, wenn die den Rentenanspruch aufnehmende Stelle die KVdR-Meldung direkt bei der Rentenanspruchstellung über ein computerunterstütztes Verfahren maschinell aufnimmt.

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen der KVdR-Meldung erleichtern. Zur besseren Übersicht ist jede Erläuterung mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage in der KVdR-Meldung. Die Fragen in der KVdR-Meldung und die Erläuterungen richten sich selbstverständlich an Frauen und Männer gleichermaßen. Im Text haben wir uns aber zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

### **1 Angaben zur Person des Rentenanspruchstellers**

Die Angaben zu Ihrer Person einschließlich Ihrer Versicherungsnummer und Krankenversicherungsnummer benötigt die Krankenkasse, um die Meldung richtig zuordnen zu können.

### **2 Allgemeine Angaben zur Prüfung des Krankenversicherungsverhältnisses**

Bei den Fragen unter Ziffer 2 handelt es sich um Fragen von versicherungsrechtlicher Bedeutung, durch die die Krankenkasse beurteilen kann, ob die KVdR eventuell wegen bestimmter Tatbestände ausgeschlossen ist.

Sollten Sie bei Rentenanspruchstellung familienversichert sein, besteht für Sie während des Rentenanspruchsverfahrens eventuell Beitragsfreiheit. Deshalb geben Sie bitte unter Ziffer 2.5 zusätzlich die Personenstandsdaten und das Geburtsdatum des Stammversicherten sowie Ihr Verwandtschaftsverhältnis zum Stammversicherten an.

Die Beantwortung der Fragen der Ziffern 2.6 bis 2.9 ist ebenfalls für Ihre korrekte Beitragseinstufung erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass auch Renten von ausländischen gesetzlichen Rentenversicherungsträgern und Versorgungsbezüge aus dem Ausland der Beitragspflicht unterliegen. Daher sind Sie verpflichtet, auch solche Bezüge unter Ziffer 2.7 und 2.9 einzutragen.

### **3 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit**

Die Angaben unter Ziffer 3 sind erforderlich, damit die Krankenkasse prüfen kann, ob die Voraussetzungen für eine Pflichtmitgliedschaft in der KVdR erfüllt sind. Sie werden jedoch auch benötigt, um die zuständige Krankenkasse festzustellen. Sollten Sie bereits eine Rente beziehen und deshalb in der KVdR pflichtversichert sein, brauchen Sie unter Ziffer 3.1 nur den Namen und die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie versichert sind. Weitere Angaben unter den Ziffern 3.2 bis 3.5 sind dann nicht erforderlich.

Zur Begründung einer Mitgliedschaft in der KVdR ist es erforderlich, dass Sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Rentenanspruchstellung mindestens 9/10 der zweiten Hälfte dieses Zeitraums ein Pflichtmitglied, freiwilliges Mitglied oder in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert waren (sogenannte Vorversicherungszeit). Daher ist unter Ziffer 3.2 das Datum der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit anzugeben. Als Aufnahme einer Erwerbstätigkeit gilt jede auf Erwerb gerichtete oder zur Berufsausbildung ausgeübte Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit, und zwar auch im Ausland. Sofern keine Erwerbstätigkeit aufgenommen wurde, ist der Tag der Eheschließung oder der Eintragung einer Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes einzutragen. Wenn eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes nicht bestand, ist der Tag der Vollendung des 18. Lebensjahres oder bei minderjährigen Waisen der Tag der Geburt anzugeben.

Darüber hinaus tragen Sie bitte unter Ziffer 3.3 lückenlos ein, wie Sie bisher krankenversichert waren. Die Angaben sind frühestens ab 1.1.1984 erforderlich, weil für die Prüfung der KVdR-Vorversicherungszeit nur die zweite Hälfte Ihres Erwerbslebens maßgebend ist. Unterscheiden Sie beim Krankenversicherungsverhältnis bitte zwischen Zeiten als Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Rahmen einer Pflichtversicherung oder freiwilligen Versicherung), einer Familienversicherung, einer privaten Krankenversicherung und Zeiten, in denen kein Krankenversicherungsschutz vorlag. Die Zeiträume einer Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Familienversicherung müssen anhand von Bescheinigungen belegt werden können. Diese Nachweise brauchen Sie der KVdR-Meldung jedoch nicht beizufügen.

Sofern Sie im Zeitpunkt der Rentenantragstellung ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind, ist es für die Krankenkasse erforderlich zu erfahren, wann und in welcher Form Ihr letzter Krankenversicherungsschutz bestand. In diesem Fall sind hierzu ggf. auch Angaben zu Versicherungszeiten vor dem 1.1.1984 beizufügen.

Unter Ziffer 3.4 geben Sie bitte an, ob Sie Spätaussiedler sind. Da in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, sind zusätzlich die Fragen unter Ziffer 3.4.1 und 3.4.2 zu beantworten.

Für Künstler und Publizisten gilt eine erleichterte Vorversicherungszeit. Daher tragen Sie unter Ziffer 3.5 bitte ein, in welchem Zeitraum Sie Künstler oder Publizist waren oder noch sind.

#### **4 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten**

Die Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten sind nur bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente erforderlich. Sollte der Verstorbene bereits eine Rente der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung bezogen haben (Ziffer 4.2) und in der KVdR versichert gewesen sein (Ziffer 4.2.1), tragen Sie bitte zusätzlich den Namen und die Anschrift der Krankenkasse ein, bei der der Verstorbene versichert war. Weitere Angaben unter den Ziffern 4.3 bis 4.5 sind dann nicht erforderlich. Um die zuständige Krankenkasse zu ermitteln, sind in diesem Fall aber Angaben zu Ihrem Krankenversicherungsverhältnis unter Ziffer 3.3 erforderlich.

Ansonsten dienen die Angaben unter Ziffer 4.3 und 4.4 der Prüfung der Vorversicherungszeit in der Person des Verstorbenen. Bei einem Antrag auf Witwenrente, Witwerrente oder Waisenrente können Sie nämlich auch dann Mitglied in der KVdR werden, wenn Sie selbst die Vorversicherungszeit zur KVdR nicht erfüllt haben, diese jedoch durch den Verstorbenen erfüllt wird. Aussagen über das Krankenversicherungsverhältnis des Verstorbenen sind frühestens ab 1.1.1984 zu treffen.

Bitte beachten Sie, dass Sie bei Anträgen auf Waisenrente für jede Waise eine KVdR-Meldung ausfüllen. Sind die Waisen bei derselben Krankenkasse versichert, ist es jedoch ausreichend, wenn Sie die Angaben unter Ziffer 4.4 nur einmal machen. Bitte vermerken Sie dies durch einen entsprechenden Hinweis auf den anderen KVdR-Meldungen.

Unter Ziffer 4.5 geben Sie bitte an, ob der Verstorbene anerkannter Spätaussiedler war. Da für diesen Personenkreis unter bestimmten Voraussetzungen eine Vorversicherungszeit nicht gefordert wird, gilt die Vorversicherungszeit auch bei den Hinterbliebenen als erfüllt.

#### **5 Antrag auf Beitragszuschuss bei freiwilliger oder privater Krankenversicherung**

Wenn Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, können Sie unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss zur Krankenversicherung erhalten. Der Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung besteht frühestens vom Rentenbeginn an. Bitte beachten Sie, dass es für den Beginn des Zuschusses zur Krankenversicherung entscheidend ist, dass er rechtzeitig beantragt wird. Deshalb sieht die KVdR-Meldung die Möglichkeit vor, sogleich den Zuschuss zur Krankenversicherung zu beantragen. Hierdurch können Sie Nachteile einer verspäteten Antragstellung in den allermeisten Fällen ausschließen. Dies ist insbesondere von Bedeutung, wenn zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung noch nicht feststeht, ob Sie die KVdR-Vorversicherungszeit erfüllen.

#### **6 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers**

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie Ihre Eintragungen sowie den Erhalt des Merkblattes zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) und Pflegeversicherung (**Vordruck R0815**).

#### **7 Bestätigung der den Antrag aufnehmenden Stelle**

Die den Antrag aufnehmende Stelle bestätigt unter Ziffer 7 den Tag Ihrer Rentenantragstellung.

Bei Beantragung einer Hinterbliebenenrente ist zusätzlich anzugeben, ob Sie einen Vorschuss für das sogenannte "Sterbevierteljahr" beantragt haben, da der Antrag auf Vorschuss bereits als Rentenantrag gilt und insoweit den Mitgliedschaftsbeginn beeinflusst.

Anschließend leitet die den Antrag aufnehmende Stelle die "Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) nach § 201 SGB V" an Ihre zuständige Krankenkasse weiter. Das ist in der Regel die Krankenkasse, bei der Sie zur Zeit der Rentenantragstellung versichert sind. Sollten Sie zu diesem Zeitpunkt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein, ist die Meldung an die Krankenkasse weiterzuleiten, bei der Sie zuletzt versichert waren. Nur für den Fall, dass Sie bisher noch nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren, wird die Meldung an die von Ihnen gewählte gesetzliche Krankenkasse weitergeleitet. Die folgenden Krankenkassen können Sie wählen: AOK des Wohnortes, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse oder Knappschaft. In das umrandete Adressfeld sind also der Name und soweit bekannt die Anschrift der Krankenkasse einzutragen, bei der Sie zurzeit versichert sind, zuletzt versichert waren oder - wenn noch keine Versicherung bestand - versichert sein wollen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung