

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

# R0811

**1 Angaben zur Person des Rentenantragstellers**

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Versicherungsnummer

**zu Ziffer 3 Angaben zur Prüfung der Vorversicherungszeit**

<b>3.3</b> Wie waren Sie bisher krankenversichert? - Angaben sind frühestens ab 1.1.1984 erforderlich. Bestand jedoch Ihre letzte Versicherung vor dem 1.1.1984, geben Sie diese bitte auch 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
<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>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 3.3

<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>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>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>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

**zu Ziffer 4 Angaben zur Person und zum Krankenversicherungsverhältnis des verstorbenen Versicherten**

Name	Vorname (Rufname)
Geburtsname	Versicherungsnummer des Verstorbenen
<b>4.4 Wie war der Verstorbene krankenversichert?</b> - 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	
<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>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>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>Zeitraum vom - bis</b>	

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>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>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>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>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