

| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
| | |



MSAT/ MSNR

| |
|--|
| |
|--|

Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für nichtversicherte Angehörige

G0255

Patientin / Patient (nichtversicherte Angehörige / nichtversicherter Angehöriger)

| | |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| | |

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

| | | | |
|---|---------|---|---|
| Name | | Vornamen (Rufname bitte unterstreichen) | |
| Geburtsname | | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer) | | Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig) | |
| Postleitzahl | Wohnort | | |
| | | | |

2 Sonstige Angaben der Versicherten / des Versicherten

2.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

nein ja

2.2 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?

nein ja, Formular G0205 (Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für nichtversicherte Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen) bitte beifügen!

2.3 Üben Sie eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

nein ja

3 Wichtiger Hinweis und Erklärung

Hinweis: Die Erbringung einer AHB zu Lasten der Rentenversicherung schließt einen etwaigen Erstattungsanspruch auf die bis dahin entrichteten Rentenversicherungsbeiträge aus. Dagegen wird die Höhe bestehender oder künftiger Rentenansprüche durch diese AHB nicht gemindert.

Erklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beantragte AHB aus meiner Versicherung erbracht wird.

4 Unterschrift

| | |
|------------|--|
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift der Versicherten / des Versicherten |
| | |



