Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI)

R820

Bei Hinterbliebenen ist für die Witwe / den Witwer 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 Ersten Buches des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (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.

A Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers

1 Angaben zur Antrag stellenden Person

Name	Vorname (Rufname)	
Geburtsname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort	Telefax (Angabe freiwillig)
E-Mail (Angabe freiwillig)		

2 Angaben zur Person der / des verstorbenen Versicherten (bei Antrag auf Hinterbliebenenrente)

Name	Vorname (Rufname)	
Geburtsname	Geburtsdatum	Sterbedatum

R0820 PDF
V034 - 01.01.2015 - 31

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Weiterer Rentenbezug

3.1 Beziehen Sie (bzw. die Waise) eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder ist eine weitere Rente beantragt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4

☐ ja

seit (Tag, Monat, Jahr)

Antrag vom (Tag, Monat, Jahr)

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

3.2 Wird zu der weiteren Rente bereits ein Zuschuss zur Krankenversicherung gezahlt oder ist dieser beantragt?

☐ nein ☐ ja

4 Vorliegen von Versicherungspflicht

4.1 Besteht oder bestand in der Zeit, für die Sie einen Zuschuss beantragen, Versicherungspflicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung?

☐ nein ☐ ja

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

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 monatlich EUR	

5.1 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein ☐ ja

seit (Tag, Monat, Jahr)

Rentenversicherungsträger

Versicherungsnummer

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (z. B. 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

☐ als Großdruck

☐ in Braille (Kurzschrift)

☐ in Braille (Vollschrift)

☐ als CD (Schriftdatei / Textdatei im ".doc"-Format)

☐ 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:**

a) die Beendigung oder das Ruhen der Versicherung, zu der der Zuschuss gezahlt wird (z. B. bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz - BVG -, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz - BEG - oder bei Auslandsaufenthalt),

b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,

c) 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),

d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. bei Wohnsitzverlegung ins Ausland),

e) die "Einschreibung" als Leistungsberechtigter bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse aufgrund der Rente eines anderen Staates, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gelten (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz) und

f) 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).

Ort, Datum	Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers bzw. bei Waisen des gesetzlichen Vertreters

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

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-Nummer	Beginn der Versicherung	ggf. Ende

Höhe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld

vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
beitragsfreies und leistungsfreies Ruhen der Versicherung (ggf. anwartschaftserhaltende Beträge) vom - bis	
Beitragsschuldner ist ☐ obengenannter Versicherter ☐	

Höhe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld für Familienangehörige

☐ für den Ehegatten	
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
Name, Vorname ☐ für das Kind	
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
Name, Vorname ☐ für das Kind	
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Es wird bestätigt, dass

☐ unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates unterliegt, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (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 oder der Postbeamtenkrankenkasse

Wir bescheinigen, dass eine Mitgliedschaft besteht für

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Versicherungsschein-Nummer	Beginn der Versicherung	ggf. Ende

Höhe des Mitgliedsbeitrages

vom - bis	monatlich
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
vom - bis	monatlich EUR
beitragsfreies und leistungsfreies Ruhen der Mitgliedschaft (z. B. wegen Krankenversorgung nach dem BVG) vom - bis	

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Bei Mitversicherung von Familienangehörigen:
Für Mitglieder ohne mitversicherte Angehörige würde der Mitgliedsbeitrag betragen:

vom - bis	monatlich
	EUR
vom - bis	monatlich
	EUR
vom - bis	monatlich
	EUR
vom - bis	monatlich
	EUR

Ort, Datum	Telefon (Durchwahl)
Unterschrift des Versicherungsunternehmens	Stempel des Versicherungsunternehmens

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

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

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 Meldung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR), 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.

Haben Sie Anspruch auf Beihilfe, sollten Sie beachten, dass sich Auswirkungen auf den Beihilfeanspruch ergeben können, wenn der Zuschuss zur Krankenversicherung bestimmte Grenzbeträge überschreitet. Daher fragen Sie bitte Ihre zuständige Beihilfestelle, ob dies für Sie zutrifft. In diesem Fall können Sie auf den Zuschuss zur Krankenversicherung oder auf Teile des Zuschusses mit Wirkung für die Zukunft verzichten. Dies können Sie uns auch gleich bei der Antragstellung mitteilen.

1 Angaben zur Antrag stellenden Person

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

2 Angaben zur Person der / 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

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird nicht gezahlt, solange Sie in einer deutschen oder einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Daher bitten wir um Angabe, ob Versicherungspflicht bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse besteht. Zu den deutschen gesetzlichen Krankenkassen zählen die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Ersatzkassen, die Knappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen. Sollten Sie eine Rente eines anderen Staates beziehen, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (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 1.5.2007 auch in diesem Fall nicht zu zahlen ist. 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

Sind Sie privat krankenversichert, ist der Zuschuss auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Aufwendungen zur Krankenversicherung zu begrenzen. Daher können unter bestimmten Voraussetzungen auch Beitragsaufwendungen für Ihre Familienangehörigen (Ehegatten oder Kinder) bei der Berechnung des Zuschusses berücksichtigt werden.

Ihr Familienangehöriger darf

- mit seinem Gesamteinkommen 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigen (2015 = 405 EUR; bei geringfügiger Beschäftigung 450 EUR),
- selbst nicht in einer deutschen oder ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sein und
- selbst nicht als Rentenbezieher einen Anspruch auf den Zuschuss zur Krankenversicherung haben.

Damit wir prüfen können, ob Beitragsaufwendungen Ihrer Familienangehörigen berücksichtigungsfähig sind, teilen Sie uns bitte mit, wie hoch das monatliche Gesamteinkommen Ihres Familienangehörigen ist und gegebenenfalls seit wann und von welchem Rentenversicherungsträger und unter welcher Versicherungsnummer Ihr Familienangehöriger selbst bereits eine Rente bezieht.

6 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

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

Das Hörmedium wird mit einer synthetischen Stimme bereitgestellt. Das Format "DAISY" kann nur auf einem
- mp3-fähigen Abspielgerät ggf. 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.

7 Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird unter den Voraussetzungen des § 106 SGB VI zu Ihren Aufwendungen für Ihre freiwillige oder private Krankenversicherung gezahlt. Er beträgt rechnerisch 7,3 % Ihrer monatlichen Rente und ist ggf. auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Aufwendungen zur privaten Krankenversicherung zu begrenzen.

Ändert sich Ihr Krankenversicherungsverhältnis (z. B. durch den Eintritt von Versicherungspflicht oder die Änderung Ihrer Aufwendungen) kann dies zum Wegfall des Zuschusses oder zur Änderung der Zuschusshöhe führen mit der Folge, dass überzahlte Zuschussbeträge von Ihnen zurückgefordert werden. Daher haben Sie die unter Ziffer 7 aufgeführten Mitwirkungspflichten, deren Kenntnisnahme Sie mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Deutsche Rentenversicherung