

Absender	Nachname	Vorname
	Straße	Hausnummer
	PLZ	Ort

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Zentrale Scanstelle Beihilfe
32746 Detmold

Bescheinigung

Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen ☒

Herr, Frau	geb. am
------------	---------

ist wie folgt krankenversichert:

seit dem:

als Arbeiter(in) oder Angestellte(r) pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 SGB V _____

als Rentner(in) aufgrund eigener Rente pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V _____

als Rentner(in) aufgrund einer Hinterbliebenenrente nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V _____

pflichtversichert nach § 5 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

freiwillig versichert nach § 9 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

als Rentenbewerber pflichtversichert nach § 189 SGB V _____

von der Versicherungspflicht befreit nach § 8 Abs. 1 Nr. ____ SGB V _____

es wird ein Zuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gezahlt oder nach § 207a SGB III übernommen _____

Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V ja nein _____

Es besteht ein Anspruch auf den Bundesbehandlungsschein: ggf. nach § 10 Abs. ____ BVG ja nein

Anspruch besteht nicht, da das Bruttoeinkommen die Ausschlussgrenze nach § 10 Abs. 7 BVG übersteigt oder andere Ausschlussgründe nach dieser Rechtsvorschrift vorliegen. ja nein

Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf andere Familienmitglieder, und zwar auf:

Der/Die Versicherte zahlt als freiwilliges Mitglied gem. § 248 Abs. 2 SGB V in der bis zum 31.12.1992 geltenden Fassung nur die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes als Beitrag (als Bestandsfall) ja nein

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse