Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

Deutsche Rentenversicherung

Antrag auf Zuschuss zur Krankenversicherung (§ 106 SGB VI) R0820

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 Sozialgesetzbuch (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 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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).

Sie können diesen Antrag auch elektronisch auf www.deutsche-rentenversicherung.de/eAntrag stellen.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

1 Angaben zur Person

Name	Vorname	
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)	Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)	Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Geburtsname		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon
Adresszusatz		Telefax
Postleitzahl	Wohnort, Land	

2 Antragstellung durch andere Personen

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen

Name, Vorname / Dienststelle (gegebenenfalls Aktenzeichen)	
in der Eigenschaft als ☐ gesetzlicher Vertreter ☐ Vormund ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter	
Straße, Hausnummer	Telefon
Adresszusatz	Telefax
Postleitzahl / Wohnort, Land	

R0820-00
Version 56034 - ABF-FORTAQ 2/2025

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

3 Weiterer Rentenbezug

3.1 Beziehen Sie eine weitere Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder ist eine weitere Rente beantragt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4

Rentenversicherungsträger, Versicherungsnummer

☐ ja _____

seit Tag Monat Jahr beantragt am Tag Monat Jahr

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

☐ nein ☐ ja

4 Bestehender Krankenversicherungsschutz

4.1 Sind Sie freiwillig bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse (AOK, Ersatzkasse, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Knappschaft oder landwirtschaftliche Krankenkasse) versichert, so dass uns Ihre Krankenkasse die für die Zuschussgewährung erforderlichen Angaben übermitteln wird?

☐ nein ☐ ja, bitte weiter bei Ziffer 4.5

4.2 Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert beziehungsweise Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.3

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft **Vordruck R0821 ausfüllen lassen**

Vordruck R0821 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

bitte weiter bei Ziffer 4.4

4.3 Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

☐ ja, bitte von Ihrem Versicherungsunternehmen **Vordruck R0822 ausfüllen lassen**

Vordruck R0822 ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht ☐ wurde weitergeleitet

4.4 Sollen Beitragsaufwendungen bei einer privaten Krankenversicherung für Familienangehörige berücksichtigt werden?

☐ nein, bitte weiter bei Ziffer 4.5

☐ ja, bitte Beitragsaufwendungen ebenfalls im **Vordruck R0821 / R0822** eintragen lassen

Familienangehöriger (Name, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis)

_____

Höhe des monatlichen Gesamteinkommens des / der Familienangehörigen

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

4.4.1 Ist der Familienangehörige Rentner?

☐ nein

Rentenversicherungsträger, Versicherungsnummer

☐ ja

Tag Monat Jahr

seit

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

☐ nein

Name und Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes

☐ ja

Grund der Versicherungspflicht (zum Beispiel Beschäftigungsverhältnis, Versicherungspflicht als Arbeitsloser, Einwohnerkrankenversicherung)

5 Dokumentenzugang für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel 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)

Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

6 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 (zum Beispiel bei Anspruch auf Krankenversorgung nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - Bundesversorgungsgesetz, dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung - Bundesentschädigungsgesetz oder bei Auslandsaufenthalt),
b) jede Veränderung der Beitragshöhe oder Prämienhöhe zur privaten Krankenversicherung,
c) den Beginn einer Versicherungspflicht in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel 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 Grundsicherungsgeld / Bürgergeld),
d) den Beginn einer Versicherungspflicht in der ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel bei Wohnsitzverlegung ins Ausland, bei Aufnahme einer ausländischen Beschäftigung oder aufgrund des Beginns einer ausländischen Rente),
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, die Schweiz und das Vereinigte Königreich),
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) und
g) den Verzug in einen anderen Staat.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers beziehungsweise bei Waisen des gesetzlichen Vertreters

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

Die folgenden Erläuterungen sollen Ihnen das Ausfüllen des Zuschussantrags erleichtern. Jede Erläuterung ist mit der gleichen Ziffer versehen wie die jeweilige Frage im Zuschussantrag. Beachten Sie bitte, dass eine rechtzeitige Antragstellung für den Beginn des Zuschusses wichtig ist.

Haben Sie einen Anspruch auf Beihilfe, sollten Sie außerdem beachten, dass sich Auswirkungen auf Ihren 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 oder auf Teile des Zuschusses mit Wirkung für die Zukunft verzichten. Dies können Sie uns auch gleich bei der Antragstellung mitteilen.

1 und 2 Angaben zur Antrag stellenden Person
Diese Angaben sind erforderlich, damit eine einwandfreie Zuordnung beziehungsweise Bescheiderteilung möglich ist.

3 Frage nach einem weiteren Rentenbezug
Beziehen Sie mehrere Renten der gesetzlichen Rentenversicherung, wie zum Beispiel Rente wegen Alters und Hinterbliebenenrente, wird der Zuschuss zur Krankenversicherung aus der Summe dieser Renten berechnet und regelmäßig zu einer dieser Renten gezahlt. Deshalb geben Sie bitte an, ob Sie bereits eine weitere Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen oder beantragt haben und ob zu dieser Rente bereits ein Zuschuss gezahlt wird oder beantragt wurde. Bitte tragen Sie auch die dortige Versicherungsnummer und den zuständigen Rentenversicherungsträger ein.

4 Fragen nach dem bestehenden Krankenversicherungsschutz
Sind Sie als freiwilliges Mitglied bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse (also bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse - AOK, Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse, der Knappschaft oder der landwirtschaftlichen Krankenkasse) versichert, geben Sie dies bitte unter **Frage 4.1** an. Eine Mitgliedsbescheinigung wird in diesem Fall nicht benötigt, da uns die erforderlichen Angaben von Ihrer Krankenkasse im Rahmen des maschinellen Meldeverfahrens übermittelt werden.

Sind Sie bei einem deutschen privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, geben Sie dies bitte unter **Frage 4.2** an. Gleiches gilt, wenn Sie selbst Mitglied der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) oder einer anerkannten Solidargemeinschaft im Sinne des § 176 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch sind. Zusätzlich füllen Sie bitte den **Vordruck R0821** aus und lassen ihn von Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen, der KVB, der PBeaKK beziehungsweise Ihrer Solidargemeinschaft bestätigen.

Sind Sie freiwillig bei einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert, die oder das der Aufsicht eines Mitgliedstaates der EU (Vereinigtes Königreich nur bis 31.12.2020), Islands, Liechtensteins, Norwegens oder der Schweiz unterliegt, geben Sie dies bitte unter **Frage 4.3** an. Zusätzlich füllen Sie bitte den **Vordruck R0822** aus und lassen ihn von Ihrer Krankenversicherung bestätigen.

Sollten Sie bei mehreren Versicherungsunternehmen krankenversichert sein, ist es erforderlich, dass jedes Versicherungsunternehmen jeweils einen **Vordruck R0821** beziehungsweise **R0822** ausfüllt.

Der Zuschuss zu einer privaten Krankenversicherung ist auf die Hälfte Ihrer tatsächlichen Beitragsaufwendungen für die Krankenversicherung zu begrenzen. Dabei können unter bestimmten Voraussetzungen auch die Beitragsaufwendungen für Ihre Familienangehörigen (Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder) berücksichtigt werden. Ihr Familienangehöriger darf
- mit seinem Gesamteinkommen 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nicht übersteigen (2026 = 565 EUR; bei geringfügiger Beschäftigung 603 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.

Teilen Sie uns unter **Frage 4.4** bitte mit, für welche Familienangehörigen Beitragsaufwendungen berücksichtigt werden sollen, wie hoch deren monatliches Gesamteinkommen ist, ob diese bereits selbst eine Rente beziehen und wenn ja seit wann, von welchem Rentenversicherungsträger und unter welcher Versicherungsnummer die jeweilige Rente gezahlt wird.

Der Zuschuss zur Krankenversicherung wird nicht gezahlt, solange Sie in einer deutschen oder einer ausländischen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Unter **Frage 4.5** bitten wir Sie daher anzugeben, ob Versicherungspflicht bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse besteht. Wenn Sie zu Lasten eines anderen Mitgliedstaates der EU sowie Islands, Liechtensteins, Norwegens, der Schweiz oder des Vereinigten Königreichs bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse als Leistungsberechtigter eingeschrieben sind, bitten wir Sie, dies ebenfalls anzugeben. Sind Sie bei einer ausländischen Krankenkasse oder bei einem ausländischen Gesundheitsdienst (pflicht-)versichert, bitten wir Sie um Angabe des Namens und der Anschrift der Krankenkasse oder des Gesundheitsdienstes sowie des Grundes für Ihre Versicherungspflicht.