



Kommunale Versorgungskassen
Westfalen-Lippe
kvw-Beihilfekasse
Postfach 8209
48044 Münster

Bescheinigung

Beihilfeberechtigte/r: Name, Vorname	Geburtsdatum	Beihilfe-Nummer
Versicherte/r (wenn nicht die/der Beihilfeberechtigte/r): Name, Vorname		Geburtsdatum

Die oben genannte Person ist wie folgt krankenversichert:

pflichtversichert	seit dem:
<input type="checkbox"/> nach § 5 Abs. 1 Nr. _____ SGB V	_____
<input type="checkbox"/> als Rentenbewerber/in nach § 189 SGB V	_____
<input type="checkbox"/> als Rentner/in aufgrund <u>eigener Rente</u> nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V	_____
<input type="checkbox"/> als Rentner/in aufgrund einer <u>Hinterbliebenenrente</u> nach § 5 Abs. 1 Nr. 11, 12 SGB V	_____
<input type="checkbox"/> ausschließlich aufgrund einer Mütterrente nach § 56 SGB VI	_____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> von der Versicherungspflicht befreit nach § 8 Abs. 1 Nr. SGB V	_____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert nach § 9 Abs. 1 Nr. _____ SGB V	_____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> familienversichert nach § 10 SGB V	_____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> es wird ein Zuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gezahlt	_____
<hr/>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges :	
<hr/>	
Wichtig: Teilnahme am Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 2 SGB V	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel der Krankenkasse)