



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:	Versicherungsbeginn	Zuschuss zum KV-Beitrag	Kosten-Erstattung gewählt
<input type="checkbox"/> pflichtversichert (gem. § 5 Abs. 1 Nr. _____ SGB V)	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> pflichtversichert aufgrund eigener Rente <b>Wichtig!</b> Beginn der Rente _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> pflichtversichert aufgrund einer Hinterbliebenenrente	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> pflichtversichert ausschließlich aufgrund einer Mütterrente	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> familienversichert <b>Wichtig!</b> Hauptversicherungsnehmer:in ist <input type="checkbox"/> pflichtversichert (gem. § 5 Abs. 1 Nr. _____ SGB V) <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> pflichtversichert aufgrund eigener Rente Rentenbeginn _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel der Krankenkasse)