Versicherungsnummer

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation (AHB) als Leistung zur onkologischen Rehabilitation für Angehörige

G0255

Patientin / Patient (Angehörige / Angehöriger)

Name, Vorname	Geburtsdatum

1 Angaben zur Person der Versicherten / des Versicherten

Name	Vornamen (Rufname bitte unterstreichen)
Geburtsname	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ ohne Eintrag ☐ divers
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl / Wohnort	

2 Sonstige Angaben der Versicherten / des Versicherten

2.1 Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt?

☐ nein ☐ ja

2.2 Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus?

☐ nein ☐ ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!

2.3 Üben Sie eine Beschäftigung aus, die nach beamtenrechtlichen oder entsprechenden Vorschriften eine Anwartschaft auf Versorgung gewährleistet oder besteht durch Bezug einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung?

☐ nein ☐ ja

3 Wichtiger Hinweis und Erklärung

Hinweis: Die Erbringung einer AHB zu Lasten der Rentenversicherung schließt einen etwaigen Erstattungsanspruch auf die bis dahin entrichteten Rentenversicherungsbeiträge aus. Dagegen wird die Höhe bestehender oder künftiger Rentenansprüche durch diese AHB nicht gemindert.

Erklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beantragte AHB aus meiner Versicherung erbracht wird.

4 Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

G0255-00 DRV
Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019