

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------



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 <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> geschlechtsneutral
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer)	Telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)
Postleitzahl	Wohnort

### 2 Sonstige Angaben der Versicherten / des Versicherten

<b>2.1</b> Haben Sie Beiträge zur Deutschen Rentenversicherung gezahlt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>2.2</b> Üben Sie derzeit eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Formular G0205 - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation für Angehörige bei grenzüberschreitenden Fällen bitte beifügen!
<b>2.3</b> 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

### 3 Wichtiger Hinweis und Erklärung

<b>Hinweis:</b> 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.
<b>Erklärung:</b> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beantragte AHB aus meiner Versicherung erbracht wird.

### 4 Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten / des Versicherten
------------	--



