



Zusatzversorgungskasse

Anlage zum Rentenantrag

zum Zwecke des Einbehalts von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die zuständige Krankenkasse der/des Rentenberechtigten zu ermitteln (§ 202 Satz 1 SGB V). Sie selbst sind gesetzlich verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen (§ 202 Satz 3 SGB V).

Wir bitten Sie daher, auf diesem Vordruck die unter Nr. 1 vorgesehenen Angaben zu machen und die Nr. 2 von Ihrer Krankenkasse ausfüllen zu lassen. Den Vordruck fügen Sie dann bitte dem Rentenantrag bei. Bei Antrag auf Waisenrente bitten wir, für jede Waive einen gesonderten Vordruck auszufüllen.

Falls Sie keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören, genügen die Angaben zu Nr. 1.

1. Vom Antragsteller auszufüllen	Zutreffendes bitte ankreuzen X
Name, Vorname _____	ZVK-Versicherungs-Nr. _____
Geburtsdatum _____	Bei Hinterbliebenen bitte zusätzlich angeben: _____
Straße, Hausnummer _____	Name der/des Verstorbenen _____
Postleitzahl, Wohnort _____	Geburts- / Sterbedatum _____ / _____
Ich bin	
<input type="checkbox"/> Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B.: Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK); Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, Barmer Ersatzkasse (BEK), Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) oder sonstige Ersatzkasse).	
<input type="checkbox"/> Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.	
Name und Ort der Krankenkasse _____	
Ort, Datum, Unterschrift _____	

2. Von der Krankenkasse auszufüllen (Zahlstellen-Nr. der KZVK Hannover: 10802363)	Zutreffendes bitte eintragen																																																								
Für den/die oben genannte/n Antragsteller/in sind von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich einzubehalten und abzuführen.	<input type="checkbox"/> nein (KV + PV) = 1 <input type="checkbox"/> ja (KV + PV) = 2, <input type="checkbox"/> ja (nur KV) = 3 <input type="checkbox"/> ja (KV + PV) Beihilfe-Heilfürsorge-Berechtigte/r = 4																																																								
Mehrfachbezug _____	<input type="checkbox"/> nein = 1, <input type="checkbox"/> ja = 2, <input type="checkbox"/> ja (Geringbezieher) = 3																																																								
Beitragssatz % _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																								
Betriebs-Nr. Krankenkasse _____																																																									
Versicherten-Nr. bei der Krankenkasse _____																																																									
Rentenversicherungsnummer _____																																																									
Falls Mehrfachbezug vorliegt, bitte die weiteren(n) Zahlstelle(n) angeben: _____																																																									
_____ (PLZ, Ort, Datum, Tel.-Nr.)																																																									
_____ Unterschrift	_____ Stempel																																																								