



Zusatzversorgungskasse  
der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers  
Postfach 3144  
32721 Detmold

---

## **Anlage zum Antrag auf Betriebsrente**

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

nach § 39 Absatz 5 der Versorgungsordnung (VO) ruht die Betriebsrente

in Höhe des Betrages des für die Zeit nach dem Beginn der Betriebsrente gezahlten Krankengeldes aus der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit dieses nicht nach § 96a Abs. 3 SGB VI auf eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung anzurechnen oder bei einer Rente wegen voller Erwerbsminderung oder eine Rente wegen Alters als Vollrente dem Träger der Krankenversicherung zu erstatten ist.

Wir bitten deshalb, die Rückseite dieses Schreibens von Ihrer Krankenkasse ausfüllen und uns zusammen mit dem Antrag auf Betriebsrente wieder zukommen zu lassen.

Ferner bitten wir um Mitteilung, wenn sich der Zahlbetrag des Krankengeldes künftig ändert.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre  
Zusatzversorgungskasse  
der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers



**Abrechnung der Krankenkasse  
über das gezahlte und in Auszahlung belassene Krankengeld**  
(§ 50 SGB V in Verb. mit § 103 SGB X)

ZVK-Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Für den/die vorgenannte/n Rentenempfänger/in

- wurde kein Krankengeld nach dem Beginn der gesetzlichen Rente gezahlt.
- wurde Krankengeld nach dem Beginn der gesetzlichen Rente gezahlt.

Für die Verrechnung/Ermittlung des noch offenen Erstattungsanspruchs nach § 103 SGB X i.V. mit § 50 SGB V fügen Sie bitte die Zweitschrift der Abrechnung des entsprechenden Erstattungsanspruches mit der gesetzlichen Rentenversicherung bei – oder machen Sie die Angaben in der folgenden Tabelle:

Zeitraum (getrennt nach Monaten)		Anzahl		Rentenanspruch	Leistung der Krankenkasse im Zeitraum	kalendertägliches Krankengeld
vom	bis	Tag	Monat	im Zeitraum EUR	<u>Brutto</u> EUR	<u>Brutto</u> EUR

Ab dem \_\_\_\_\_ wurde gekürztes Krankengeld gem. § 50 Abs. 2 SGB V von tgl. brutto \_\_\_\_\_ EUR gezahlt.

Voraussichtliches Anspruchsende \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift - Stempel der Krankenkasse

Telefon-Nr. für Rückfragen