Erklärung zur Kranken- und Pflegeversicherung - **Anlage K**

Wir, die Zusatzversorgungskasse der Stadt Hannover, sind gesetzlich verpflichtet, die zuständige Krankenkasse der Rentenberechtigten zu ermitteln (§ 202 Satz 1 SGB V) und ggf. Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung von der Zusatzrente einzubehalten und an die Kasse abzuführen. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 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.**

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

Geben Sie uns danach die vollständige Erklärung wieder zurück, damit wir Ihren Rentenantrag abschließend bearbeiten können.

1. Von der Antragstellerin / vom Antragsteller auszufüllen

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum) (Versicherungsnummer der Zusatzversorgungskasse der Stadt Hannover)

(Straße, PLZ, Wohnort)

Ich bin

☐ Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse, Innungskrankenkasse, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, oder einer Ersatzkasse (z.B. BEK, DAK, GEK, HaMü, KKH, TKK,),

☐ bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert:

(Name und Sitz der Krankenkasse/des privaten Krankenversicherungsunternehmens)

15.9.2010 (Datum)

Formular zurücksetzen | Formular drucken

(Unterschrift)

2. Von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen

Bitte Eintragungen vollständig vornehmen

(Zahlstellen-Nr. der Zusatzversorgungskasse der Stadt Hannover: **10802396**)

Für den o. g. Antragsteller/die Antragstellerin sind von der Zahlstelle **Beiträge** aus Versorgungsbezügen zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich **einzubehalten und abzuführen**: ☐ **1** = nein (KV+PV); **2** = ja (KV+PV); **3** = ja (nur KV); **4** = ja (KV+PV mit Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigung).

Mehrfachbezug (soweit Mehrfachbezug vorliegt, bitte den oder die Träger angeben; es sind Ruhensvorschriften anzuwenden) ☐ **1** = nein; **2** = ja ***)**; **3** = ja (Geringbezieher)

***) weitere Leistungsträger sind:**

_____

Veränderungsmitteilung erforderlich: ☐ **1** = nein; **2** = ja

Betriebs-Nr. der Krankenkasse ☐☐☐☐☐☐☐☐

Versicherten-Nr. der Krankenkasse ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

und bitte zusätzlich angeben

neue KVNR für den Versicherten ab 01.01.2011 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____

(PLZ, Ort, Datum, Tel.-Nr.)

_____

(Unterschrift) **Stempel der Krankenkasse**

3. Zurück an: Zusatzversorgungskasse der Stadt Hannover
Teichstraße 11/13, 30449 Hannover
Tel. (0511) 168-40 444 – Fax (0511) 168-4 90 56