**Zusatzversorgungskasse**
**der Evangelisch-lutherischen**
**Landeskirche Hannovers**
- Geschäftsstelle -

32756 Detmold, Doktorweg 2-4
32721 Detmold, Postfach 31 44

Telefon (05231) 98103-30
Telefax (05231) 98103-45
www.kzvk-hannover.de
info@kzvk-hannover.de

# 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 Waise 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

_____ Geburtsdatum

_____ Straße, Hausnummer

_____ Postleitzahl, Wohnort

_____ ZVK-Versicherungs-Nr.

Bei Hinterbliebenen bitte zusätzlich angeben:

_____ Name der/des Verstorbenen

_____/_____ Geburts- / Sterbedatum

Ich bin

☐ 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).

☐ Bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.

_____ Name und Ort der Krankenkasse

_____ Ort, Datum, Unterschrift

2. Von der Krankenkasse auszufüllen — Zutreffendes bitte eintragen
(Zahlstellen-Nr. der KZVK Hannover: 10802363)

Für den/die oben genannte/n Antragsteller/in sind von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich einzubehalten und abzuführen.

☐ nein (KV + PV) = 1
ja (KV + PV) = 2, ja (nur KV) = 3
ja (KV + PV) Beihilfe-Heilfürsorge-Berechtigte/r = 4

Mehrfachbezug ☐ nein = 1, ja = 2, ja (Geringbezieher) = 3

Beitragssatz % ☐☐☐☐

Betriebs-Nr. Krankenkasse ☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Falls Mehrfachbezug vorliegt, bitte
Die weiteren(n) Zahlstelle(n) angeben: _____

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

_____ Unterschrift

Stempel