Zusatzversorgungskasse

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

Urschriftlich zurück an:

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 zweite Seite 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



Telefon-Nr. für Rückfragen

Zusatzversorgungskasse

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

AZ				GebDatum:		
Name, Vorna	ame:					
Für den/die	vorgenann	te/n Re	ntenem	pfänger/in		
wurde <u>kei</u>	in Kranken	geld <u>na</u>	ch dem	Beginn der gesetzlic	hen Rente gezahlt.	
Für die Ve § 50 SGB spruches	errechnung V fügen S mit der ges	/Ermitt ie bitte setzlich	lung des die Zwe en Rent	nn der gesetzlichen I s noch offenen Erstat eitschrift der Abrechr enversicherung bei genden Tabelle:	tungsanspruchs nach nung des entspreche	-
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			wurd	le <u>gekürztes</u> Kranker	ngeld gem. § 50 Abs.	2 SGB V von
tgl. brutto	<u> </u>		E	UR gezahlt.		
Voraussic	htliches An	spruch:	sende			
Ort, Datum					Unterschrift - Stempel der Krankenkasse	