



Postanschrift: Postfach 81 08 72
81901 München

Telefon: (089) 9235-6
Telefax: (089) 9235-8979

E-Mail : vdbs@versorgungskammer.de
Internet: www.versorgungskammer.de

Krankenversicherung der Rentner und Pflegeversicherung

Die Versorgungsanstalt ist **gesetzlich verpflichtet**, bei allen Versorgungsempfängern die Kranken- und Pflegekasse zu ermitteln. Nach Feststellung einer Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung müssen wir von den Versorgungsbezügen Beiträge zur Kranken-/Pflegeversicherung einbehalten und an die Krankenkasse abführen.

Sofern Sie Rente in der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt haben oder bereits beziehen, bitten wir Sie, den Rentenbescheid der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen mit diesem Vordruck Ihrer Krankenkasse vorzulegen und von dieser die Angaben unter Nr. 2 ergänzen zu lassen. Falls Sie keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören, genügen Ihre Angaben unter Nr. 1.

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit wir den oben dargestellten Verpflichtungen nachkommen können. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus § 31 des Schornsteinfeger-Handwerksgesetzes (SchfHWG).

Mitgliedsnummer bei der Versorgungsanstalt: **J/S** -

1. Vom Antragsteller auszufüllen

Vor- und Zuname

geboren am

Anschrift

Ich bin

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z.B. AOK, IKK, DAK, Barmer Ersatzkasse)
(falls ja, bitte Nr. 2 von der Krankenkasse ausfüllen lassen)

.....
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

- Ich habe oder hatte ein Kind/mehrere Kinder (Nachweis für ein Kind wird beigefügt).
 Ich bin kinderlos.

- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen vollversichert
(falls ja, entfallen die Angaben unter Nr. 2)

- nicht in der Bundesrepublik krankenversichert
(falls ja, entfallen die Angaben unter Nr. 2)

.....
(Ort, Datum, Unterschrift)

2. Von der Krankenkasse auszufüllen

Für die oben genannte Person sind von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen einzubehalten und abzuführen:

1 = nein 2 = ja (KV+PV) 3 = ja (nur KV) 4 = ja (Beihilfeberechtigung)

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

Versichertennummer bei der Krankenkasse/

Sozialversicherungsnummer

Betriebsnummer der Krankenkasse

Beitragssatz in der Krankenkasse ,

(Stempel)

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

.....
(Unterschrift)