



Anlage zum Antrag auf Ruhegeld bzw. Hinterbliebenenversorgung vom _____ Datum

Kranken- und Pflegeversicherung

Antragsteller auf Versorgungsleistungen sind **gesetzlich verpflichtet**, Angaben zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung zu machen. Lesen Sie bitte hierzu unsere Ausführungen im Merkblatt 33. Wir bitten daher, die unter Nr.1 vorgesehenen Angaben zu machen und gegebenenfalls Nr. 2 von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse ausfüllen zu lassen. Den ausgefüllten Vordruck senden Sie bitte mit dem Antrag auf Versorgungsleistungen zurück. Falls Sie nicht Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sind, genügen die Angaben zu Nr. 1.

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit wir den oben dargestellten Verpflichtungen nachkommen können. Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus § 202 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

1. Vom Antragsteller auszufüllen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Versicherungsnummer bei der Vddb

J/B - _____

Ich bin (**zutreffendes bitte ankreuzen**)

- Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse
(z.B. Allgemeine Ortskrankenkasse - AOK -, Betriebskrankenkasse - BKK -, Ersatzkassen u.ä.).

Name und Ort der Krankenkasse

wenn zutreffend, bitte folgende Zusatzangaben zur Beitragseinstufung in der Pflegeversicherung:

- Ich habe oder hatte eines oder mehrere **Kinder** (Nachweis für ein Kind wird beigelegt)
- Ich bin **kinderlos**
- bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert
- nicht krankenversichert in der Bundesrepublik Deutschland

Ort, Datum, Unterschrift

2. Von der **gesetzlichen** Krankenkasse auszufüllen (Zahlstellenummer der BVK-Bühnenversorgung: **10605488**)

Für den/die obengenannte/n Antragsteller/in sind
von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen
grundsätzlich einzubehalten und abzuführen:

Zutreffendes bitte eintragen

___| **1 = nein (K + PV), 2 = ja (K + PV), 3 = ja (nur KV)**
4 = ja (KV + PV, Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter)

Mehrfachbezug: ___| **1 = nein, 2 = ja, 3 = ja (Geringbezieher)**

Zusatzbeitrag KV: ___|___| , ___|___| %

Betriebsnummer der Krankenkasse: ___|___|___|___|___|___|___|___|

Sozialversicherungsnummer: ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

PLZ, Ort, Datum

Telefon-Nr. und Name des/der Sachbearbeiters/-in (bitte immer angeben)

Telefax-Nr.

Stempel und Unterschrift