Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg

Zusatzversorgungskasse **Die Direktorin**

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
Zusatzversorgungskasse
Postfach 12 09
16771 Gransee

Versicherungs-Nr. KVBbg PZ

Anlage K zum Antrag auf Betriebsrente

Zwecks Klärung der für den Rentenberechtigten zuständigen Krankenkasse bitten wir Sie, den 1. Abschnitt dieses Vordrucks auszufüllen und den 2. Abschnitt von Ihrer Krankenkasse ergänzen zu lassen. Wird für mehrere Waisen Rente beantragt, ist für jede Waise ein gesonderter Vordruck auszufüllen.
Sofern Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, benötigen wir wegen des Beitrags zur Pflegeversicherung einen Nachweis über Kinder (leibliche Kinder, Adoptiv-, Stief-, Pflegekinder).
Sofern Sie privat kranken- und pflegeversichert sind, genügen die Angaben zu Abschnitt 1.

1. Von der Antragstellerin/dem Antragsteller auszufüllen

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers | Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse. ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Haben oder hatten Sie Kinder? ☐ nein ☐ ja

Ich bin bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert. ☐ nein ☐ ja

Bitte Nachweis beifügen (z.B. Geburtsurkunde, Abstammungsurkunde, Auszug aus dem Stammbuch ...)

Name und Anschrift der Krankenkasse/des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Ort, Datum | Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

2. Von der Krankenkasse auszufüllen (Zahlstellen-Nr. des KVBbg - ZVK -: **10891247)**

Für die Obengenannte/den Obengenannten sind von der Zahlstelle Beiträge aus den Rentenleistungen grundsätzlich einzubehalten und abzuführen.

Zutreffendes bitte eintragen

Beitragsabführung	**Mehrfachbezug**
1 = nein	1 = nein
2 = ja (KV + PV)	2 = ja
3 = ja (nur KV)	3 = ja, Geringbezieher
4 = ja (KV + 1/2 PV)	

Beitragsabführung ☐ Mehrfachbezug ☐

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

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

▶ Bitte auch angeben, wenn der Beitragseinzug durch die Krankenkasse erfolgt.

Auskunft erteilt: Telefon (Vorwahl/Ruf/Nbst., ggf. Durchwahl:

Ort, Datum, Unterschrift:

Dienstsiegel/Stempel

FFW - 049071 - 04.2005 (KVBbg)