

An die

Versorgungseinrichtung der üstra e. V. – VE –

Postfach 25 40

30025 Hannover

Anlage zum Rentenantrag

Die VE ist gesetzlich verpflichtet, zum Zwecke des Einbehalts von Beiträgen zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung die zuständige Krankenkasse des Rentenberechtigten zu ermitteln (§ 202 Satz 1 SGB V). Sie selbst sind gesetzlich verpflichtet, der VE 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 Antrag auf Zusatzrente 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

Name, Vorname

Bei Hinterbliebenen bitte zusätzlich angeben:

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum des/der Verstorbenen

Postleitzahl, Wohnort

Ich bin

Zutreffendes bitte ankreuzen

Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (z. B. AOK, BEK, DAK, IKK, BKK, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Seekrankenkasse, Bundesknappschaft oder sonstige Kassen).

bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Name und Ort der Krankenkasse/des privaten Krankenversicherungsunternehmens:

Ich verpflichte mich, die VE bei einem Wechsel meiner Krankenkasse sofort zu unterrichten.

Ort, Datum, Unterschrift

2. Von der **Krankenkasse** auszufüllen
(Zahlstellen-Nr. der VE: 10837013)

Zutreffendes bitte eintragen

Für den oben genannten Antragsteller/die oben genannte Antragstellerin sind von der Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen zur Kranken- und Pflegeversicherung grundsätzlich einzubehalten und abzuführen ab dem rechtlichen Rentenbeginn bei der VE.

nein (KV + PV) = 1; ja (KV + PV) = 2; ja (nur KV) = 3;
ja (KV + PV) Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigt = 4

Mehrfachbezug

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

Betriebs-Nr. der Krankenkasse

Rentenversicherungsnummer des oben genannten Antragstellers/der oben genannten Antragstellerin
PLZ, Ort, Datum, Tel.-Nr.

Unterschrift

Stempel