

Ehrlich. Effizient. Sicher.

Kirchliche Zusatzversorgungskasse
des Verbandes der Diözesen Deutschlands
Postfach 102064
50460 Köln

ANLAGE KRANKENGELD

SEITE 1

Versicherungs-Nr. der KZVK:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Angaben zur antragstellenden Person

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Straße:

Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK

--	--	--	--	--	--	--	--

2. Hinweise für die Krankenkasse

Die antragsstellende Person hat bei uns einen Antrag auf Rentenleistung gestellt. Nach unseren Unterlagen wurde von Ihnen über den Beginn der gesetzlichen Rente hinaus Krankengeld gezahlt.

Nach den Vorschriften unserer Satzung ruht unsere Rentenleistung in Höhe des für die Zeit nach dem Beginn der Rentenleistung gezahlten Krankengeldes, soweit dieses nicht nach § 50 Abs. 1 SGB V verrechnet wird oder bereits nach § 50 Abs. 2 SGB V gekürzt ist.

Wir bitten Sie daher, uns den Zeitraum Ihrer Krankengeldzahlung sowie die Höhe des kalendertäglichen Brutto-Krankengeldes mitzuteilen und eine Kopie der Abrechnung des Erstattungsanspruchs mit dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu übersenden.

Bei Bezug einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung benötigen wir von Ihnen Angaben zum gekürzten Krankengeld (gemäß § 50 Abs. 2 SGB V).

Unser Auskunftersuchen stützt sich auf § 35 Abs. 2 SGB I i.V.m. § 69 Abs. 1 und 2 Nr. 2 SGB X.

3. Bestätigung der Krankenkasse

Name:

--	--

hat Krankengeld bezogen von bis Das **Brutto**-Krankengeld betrug:

ab <input type="text"/>	kalendertäglich <input type="text"/>
ab <input type="text"/>	kalendertäglich <input type="text"/>
ab <input type="text"/>	kalendertäglich <input type="text"/>

Ab wird auch weiterhin Krankengeld unter Beachtung der Kürzungsvorschrift des § 50 Abs. 2 SGB V in Höhe von kalendertäglich gezahlt.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel der Krankenkasse