



## Anlage K 1 zum Antrag auf Betriebsrente

Wir sind gesetzlich verpflichtet, die zuständige Krankenkasse des Rentenberechtigten zu ermitteln (§ 202 Satz 1 SGB V). Sie selbst sind gesetzlich verpflichtet, uns die erforderlichen Angaben zu machen (§ 202 Satz 3 SGB V).

Wir bitten Sie daher, auf diesem Vordruck die unter Nummer 1 vorgesehenen Angaben zu machen und die Nummer 2 von Ihrer Krankenkasse ausfüllen zu lassen. Den Vordruck fügen Sie dann bitte dem Renten Antrag bei. Bei Antrag auf Waisenrente bitten wir, für jede Waise einen gesonderten Vordruck auszufüllen.

Falls Sie keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören, genügen die Angaben zu Nummer 1.

### 1. Vom Antragsteller auszufüllen

Name, Vorname
Geburtsdatum
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

**Versicherungsnummer** bei der Zusatzversor-  
gungskasse der bayerischen Gemeinden:

Ich bin

- Mitglied einer **gesetzlichen** Krankenkasse (z. B. Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), Betriebskrankenkasse (BKK), Innungskrankenkasse (IKK), Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK), Bundesknappschaft, Seekrankenkasse, Barmer Ersatzkasse (BEK), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) oder sonstige Ersatzkassen).
- bei einem **privaten** Krankenversicherungsunternehmen versichert.

Name und Ort der Krankenkasse / des privaten Krankenversicherungsunternehmens

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers

### 2. Von der gesetzlichen Krankenkasse auszufüllen

(Zahlstellennummer der Zusatzversorgungskasse  
der bayerischen Gemeinden: 10802272)

Bitte Zutreffendes ab  
Rentenbeginn eintragen

Für den obengenannten Antragsteller sind von der  
Zahlstelle Beiträge aus Versorgungsbezügen zur  
Kranken- (KV) und Pflegeversicherung (PV) **grund-  
sätzlich** einzubehalten und abzuführen:

- 1 = nein (KV + PV)  
 2 = ja (KV + PV)  
 3 = ja (nur KV)  
 4 = ja (KV + ½ PV) Beihilfe-/Heilfürsorgeberechtigter

Mehrfachbezug

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

Beitragssatz

--	--	--	--	--

Betriebsnummer der Krankenkasse

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

Versichertennummer der Krankenkasse

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

Datum

Stempel und Unterschrift

Telefaxnummer

Telefonnummer und Name des Sachbearbeiters (bitte stets angeben)