



Anlage K 2 zum Antrag auf Betriebsrente

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

sollten Sie Krankengeld beziehen oder bezogen haben, ruht die Betriebsrente

- a) in Höhe des Betrages, um welchen das ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld die Rente wegen voller Erwerbsminderung oder die Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung, die für die gleiche Zeit zugbilligt sind, übersteigt

oder

- b) bei Zubilligung einer Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe des Betrages, um den das für die Zeit ab Beginn der Betriebsrente gezahlte Krankengeld gemäß § 50 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) nicht gekürzt werden kann.

Wir bitten Sie deshalb, die Rückseite dieses Schreibens von Ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse ausfüllen zu lassen. Bitte senden Sie uns das Schreiben zusammen mit dem Antrag auf Betriebsrente wieder zu.

Sollten Sie weiterhin Krankengeld erhalten, so teilen Sie uns bitte künftig mit, wenn sich der Zahlbetrag des Krankengeldes ändert.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

*Zusatzversorgungskasse der
bayerischen Gemeinden*

Urschriftlich zurück an

Bayerische Versorgungskammer
Zusatzversorgungskasse der
bayerischen Gemeinden

81920 München

Versicherungsnummer
bei der Zusatzversorgungskasse
der bayerischen Gemeinden

Für Frau/Herrn

_____ geb.

wird folgendes bestätigt:

Für die Zeit ab Rentenbeginn in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt wurde Krankengeld gezahlt

nein

ja → Um der Zusatzversorgungskasse die Berechnung der Betriebsrente zu ermöglichen, **legen wir bei**

eine Kopie der Abrechnung über den Krankengelderstattungsanspruch gegenüber dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 50 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 103 SGB X **mit der Angabe des kalendertäglichen Bruttokrankengeldes.**

eine Kopie der Mitteilung an das Mitglied über die Höhe des nach § 50 Abs. 2 SGB V gekürzten Bruttokrankengeldes, ergänzt um den voraussichtlichen Zeitpunkt der Erhöhung und des Wegfalls des Krankengeldes.

_____ Datum

_____ Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

_____ Telefonnummer des Sachbearbeiters