

4.) KRANKENVERSICHERUNG

Das Versorgungswerk ist gesetzlich verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis der Rentenbezieher/innen zu ermitteln (§§ 202 SGB V und 50 SGB XI).

Sie müssen uns daher **Ihre Krankenkasse angeben und einen Kassenwechsel bitte immer rechtzeitig vorher mitteilen** (§ 202 Satz 3 SGB V).

Wir weisen darauf hin, dass wir Ihre Angaben an Ihre **gesetzliche** Krankenkasse weitergeben müssen (gilt nicht für Privatversicherte).

Bitte ankreuzen:

Ich bin in einer **gesetzlichen Krankenkasse** versichert.

Ich bin in einer **privaten Krankenversicherung** versichert.

Ich bin nicht krankenversichert.

Name der Kasse/der Versicherung _____

Straße und PLZ und Ort :

Versicherten Nr. bei Ihrer Krankenkasse: _____

Sind Sie Beihilfe-/ Heilfürsorgeberechtigte(r) nach beamtenrechtlichen Grundsätzen?

(diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten)

Ja () Nein ()

Erhalten Sie – neben der Rente des Versorgungswerkes – eine weitere Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung ehemals BfA, LVA etc.)?

(diese Frage müssen nur Mitglieder gesetzlicher Kassen beantworten)

Ja () Nein ()

Wenn ja:

Versicherungsträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund oder Land, Bundesknappschaft)

Versicherungsnummer

Erklärung:

Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Ergeben sich im Nachhinein Änderungen zu diesem Antrag, werde ich diese dem Versorgungswerk der Ärztekammer Hamburg unverzüglich schriftlich mitteilen.

Eine **Kopie meines Personalausweises** übersende ich mit diesem Antrag.

Ort/Datum

Unterschrift

Wir sind verpflichtet, Sie auf folgendes hinzuweisen: Ihr Altersrentenbezug wird gemäß § 22 a EStG an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) gemeldet.