

## Beiträge zur Krankenversicherung aus Versorgungsbezügen

Das Versorgungswerk der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist als Zahlstelle dazu verpflichtet, die zuständige Krankenkasse unserer Versorgungsempfänger zu ermitteln und gegebenenfalls die Beiträge an die jeweilige Krankenkasse abzuführen.

Hierfür benötigen wir folgende Daten:

### I. Personalien

Mitgl.-Nr.: \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### II. Angaben zu Ihrer privaten Krankenversicherung / gesetzlichen Krankenkasse

Ich bin **privat** krankenversichert  ja  nein

Ich bin **gesetzlich** krankenversichert  ja  nein

Name Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer bei Ihrer Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### III. Angaben zur Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung

Erhalten Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?  ja  nein  
Wenn ja, ab: \_\_\_\_\_

Sind Sie Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?  ja  nein

Sind Sie freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse?  ja  nein

Werden aufgrund Ihrer freiwilligen Mitgliedschaft in Ihrer Krankenversicherung bereits Beiträge aus anderen Bezügen / Einkünfte einbehalten?  ja  nein

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit oder Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?  ja  nein

### IV. Pflegeversicherung – Beitragszuschlag in Höhe von 0,25% für Kinderlose

Haben Sie Kinder?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Kopien der Geburtsurkunden beilegen

Haben Sie Adoptiv-/Pflege- oder Stiefkinder?  ja  nein  
Wenn ja, bitte Nachweis beilegen

Bereits ein einzelnes Kind löst bei beiden beitragspflichtigen Elternteilen Zuschlagsfreiheit aus. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos, eine Lebendgeburt schließt die Zuschlagspflicht ebenfalls dauerhaft aus.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ (Ort) (Datum) (Unterschrift)

**Bitte teilen Sie uns Änderungen rechtzeitig mit. Vielen Dank!**