

**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 zugebilligt ist, 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) 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 künftig mit, wenn sich der Zahlbetrag des Krankengeldes ändert.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Zusatzversorgungskasse Thüringen

[von der Krankenkasse auszufüllen]

## Anlage Krankengeld zum Antrag auf Betriebsrente

urschriftlich zurück an:

**Zusatzversorgungskasse Thüringen**  
**Steile Hohle 6**  
**06556 Artern**

Versicherungsnummer
Eingangsstempel ZVK

Für

\_\_\_\_\_, geboren am: \_\_\_\_\_

wird Folgendes bestätigt:

Für die Zeit ab dem **Rentenbeginn** (\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_) in der gesetzlichen Rentenversicherung oder ab einem späteren Zeitpunkt wurde Krankengeld gezahlt.

trifft nicht zu     trifft zu

**Wir bitten um Übersendung einer 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**.**

Bitte geben Sie Zeitraum und Höhe des kalendertäglich gewährten Bruttokrankengeldes an:

von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt
von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt
von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt
von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt
von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt
von: _____	bis: _____	Betrag: _____ €	<input type="checkbox"/> gekürzt	<input type="checkbox"/> ungekürzt

Wird weiterhin Krankengeld gezahlt?     nein     ja, bis zum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon-, Fax-Nr. und Name des Sachbearbeiters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Krankenkasse