



**Kommunaler  
Versorgungsverband  
Brandenburg**  
Versorgungskasse

KVBbg -VK- | Postfach 12 09 | 16771 Gransee

Die Direktorin

Gransee, den  
**Zeichen bitte immer angeben:**

Jimena Heinol  
Telefon: 03306 7986-3010  
Versorgungskasse@kvbbg.de

---

## Jahreserklärung (H)

für

---

Aktenzeichen

---

Sehr geehrte ,

---

gemäß § 9 Abs. 2 Brandenburgisches Beamtenversorgungsgesetz (BbgBeamtVG) / § 62 Abs. 2 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) besteht für jeden Versorgungsberechtigten eine Anzeigepflicht - auf die Sie im seinerzeitigen Erstfestsetzungsbescheid Ihrer Versorgungsbezüge hingewiesen wurden - gegenüber der Regelungsbehörde oder der die Versorgungsbezüge zahlenden Kasse.

Ich bin mir zwar bewusst, dass Ihnen diese Anzeigepflicht bekannt ist, jedoch ist es auf Grund der Vielzahl der Anrechnungs- und Ruhensregelungen im Beamtenversorgungsrecht für alle Beteiligten hilfreich und sachdienlich, wenn konkrete Einzelheiten abgefragt werden. Die Jahreserklärung dient nicht nur zur Überprüfung der Vollständigkeit der vorliegenden Unterlagen bei der Versorgungskasse sondern auch zur Kontrolle für den Versorgungsempfänger.

---

***Die Rücksendung der Jahreserklärung ist freiwillig. Eine Verpflichtung für Sie besteht nicht.***

Sollten Sie sich für eine Rücksendung entscheiden, bitte ich Sie, die Jahreserklärung sorgfältig und unbedingt vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und - ggf. nebst Anlagen - an die Versorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg zurückzusenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Jimena Heinol

**Kontaktdaten:**  
Rudolf-Breitscheid-Straße 64, 16775 Gransee  
Telefon (03306) 7986 3010 | Telefax (03306) 7986 3099

Unsere Servicezeiten sowie allgemeine und  
aktuelle Hinweise finden Sie unter [www.kvbbg.de](http://www.kvbbg.de)



## Urschriftlich zurück

Kommunaler Versorgungsverband  
Brandenburg  
Versorgungskasse  
Postfach 12 09  
16771 Gransee

Name

Aktenzeichen / MGL-Nr.

## Jahreserklärung (H)

### I. Von der/dem Versorgungsempfänger(in) bzw. Betreuer(in) selbst auszufüllen und zu unterschreiben

#### 1. Vorname, Familienname des verstorbenen Elternteils

Vor- und Zuname

#### 2. Sind Sie verheiratet?

Nein

Ja

wenn ja: seit wann?

#### 3. Art der Krankenversicherung

private KV/PV

gesetzl. KV/PV

wenn gesetzl.: wo?

#### 4. Erzielen Sie Erwerbs-/Erwerbsersatzeinkommen \*)?

Nein

Ja

wenn ja: seit wann und von welcher Stelle?

welcher Art?

in welcher Höhe?

Euro mtl. (Brutto)

#### 5. Haben Sie Anspruch auf eine Halbwaisen-/Vollwaisenrente aus der Sozialversicherung?

Nein

Ja, aus

Gesetzliche Rentenversicherung

Unfallversicherung

von welcher Stelle?

ab wann?

in welcher Höhe?

Rentenzeichen:

Euro mtl. (Brutto)

#### 6. Haben Sie Anspruch auf eine Hinterbliebenenrente aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (z. B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder von einer kommunalen Zusatzversorgungskasse)?

Nein

Ja

von welcher Stelle?

ab wann?

in welcher Höhe?

Rentenzeichen:

Euro mtl. (Brutto)

\*) Erwerbseinkommen sind Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit einschließlich Abfindungen, aus selbstständiger Arbeit sowie aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft. Nicht als Erwerbseinkommen gelten Aufwandsentschädigungen, ein Unfallausgleich (§ 54 BbgBeamVG) sowie Einkünfte aus Tätigkeiten, die nach Art und Umfang Nebentätigkeiten im Sinne des § 40 Beamtenstatusgesetz entsprechen. Erwerbseinkommen sind Leistungen, die aufgrund oder in entsprechender Anwendung öffentlich-rechtlicher Vorschriften kurzfristig erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen (§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Die Berücksichtigung des Erwerbs- und des Erwerbseinkommens erfolgt monatsbezogen. Wird Einkommen nicht in Monatsbeträgen erzielt, ist das Einkommen des Kalenderjahres, geteilt durch zwölf Kalendermonate, anzusetzen.

**7. Erhalten Sie neben den vom Kommunalen Versorgungsverband unter obigem Aktenzeichen gezahlten Versorgungsbezügen noch andere Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (z. B. Halbweisen-/Vollwaisengeld)?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	ab wann?
von welcher Pensionsfestsetzungsbehörde?	Personal-Nr./Aktenzeichen:

**8. Haben Sie Anspruch auf Hinterbliebenenleistungen aus**

a) einer öffentlich.-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b) oder aus einer anderen betrieblichen Altersversorgung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen/Aktenzeichen:

**9. Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus einer Lebensversicherung, an deren Beitragszahlung sich ein früherer Arbeitgeber Ihres verstorbenen Elternteils mit Zuschüssen beteiligt hat?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welchem Versicherungsunternehmen?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro (Brutto)	Rentenzeichen/Aktenzeichen:

**Hinweis:** Bitte zu den Angaben in den Ziffern 4 bis 9 ggf. Nachweise beifügen!

**II. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 9 Abs. 2 BBg Beamtenversorgungsgesetz verpflichtet bin,

- Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen,
- jeden bei mir neu eingetretenen Bezug von Einkommen der unter Nr. 4 – 9 bezeichneten Art oder Änderungen desselben, unverzüglich dem Kommunalen Versorgungsverband anzuzeigen.

Ich versichere, die nachstehende Unterschrift selbst geleistet zu haben.

Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)	
Wohnort (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Ort, Datum	Unterschrift

Geprüft:	Wv.	Z.d.A.
----------	-----	--------