



**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 (R)

für

Aktenzeichen

Sehr geehrter

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

4. Haben Sie Anspruch auf eine Rente aus der Sozialversicherung?
(z. B. Altersrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus der <input type="checkbox"/> gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung	
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen:

5. Haben Sie Anspruch auf eine Rente 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)?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen:

6. Erhalten Sie neben den vom Kommunalen Versorgungsverband unter obigem Aktenzeichen gezahlten Versorgungsbezügen noch andere Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (z. B. Ruhegehalt, Witwen-/Witwergeld, Unterhaltsbeitrag)?

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

7. Haben Sie Anspruch auf Leistungen

a) aus 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:

8. Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus einer Lebensversicherung, an deren Beitragszahlung sich ein früherer Arbeitgeber mit Zuschüssen beteiligt hat?

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welchem Versicherungsunternehmen?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Nr. des Versicherungsscheins:

Hinweis: Bitte zu den Angaben in den Ziffern 3 bis 8 ggf. aktuelle Nachweise beifügen!

II. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 9 Abs. 2 BbgBeamVG / § 62 Abs. 2 und 3 BeamVG verpflichtet bin,
 - Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen,
 - jeden bei mir neu eingetretenen Bezug von Einkommen der unter Nr. 3 – 8 bezeichneten Art oder Änderungen desselben,
 unverzüglich der Versorgungskasse anzuzeigen.

Ich versichere, die nachstehende Unterschrift selbst geleistet zu haben.

Telefonnummer und e-mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)		
Wohnort (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
Ort, Datum	Unterschrift	
Geprüft:	Wv.	z. d. A.