

Kommunaler Versorgungsverband
 Brandenburg
 - Zusatzversorgungskasse -
 Postfach 1209

16771 Gransee

Mandanten- Nummer		Versicherungsnummer					PZ
8	0						

FESTSTELLUNG DER STARTGUTSCHRIFT ZUM 31.12.2001

für die vor dem 02.01.1947 geborenen Pflichtversicherten, die
 am 31.12.2001 schon und am 01.01.2002 noch pflichtversichert
 waren

Bearbeitungsvermerke - werden vom KVBbg-ZVK- ausgefüllt - Eingangsstempel

TEIL A: Angaben der/des Versicherten

Da unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllte Vordrucke nicht
 bearbeitet werden können, bitte ich Sie in Ihrem eigenen
 Interesse, diesen sorgfältig auszufüllen.
 Bitte füllen Sie den Vordruck möglichst mit einem schwarzen
 Stift aus.

Der Vordruck ist über den Arbeitgeber einzureichen.

1. Angaben zur Person

1.10 Name

Geburtsname

Vorname(n)

Geburtsdatum

Familienstand
 am 31.12.2001

ledig
 verheiratet seit
 verwitwet seit
 geschieden seit Anspruch auf Kindergeld

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon (Vorwahl/Ruf)

1.20 Liegt bei Ihnen ein Grad der Behinderung
 von mindestens 50 % vor oder läuft zur
 Zeit ein Anerkennungsverfahren? ja seit
 nein

Wenn ja:

Bitte fügen Sie eine Fotokopie des
 Schwerbehindertenausweises bei.

2. Angaben zur gesetzlichen Rentenversicherung/anderweitigen Zukunftssicherung

- 2.10 Sind Sie in der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, einer Landesversicherungsanstalt oder der Bundesknappschaft rentenversichert? ja nein

Bitte fügen Sie die Rentenauskunft oder eine Fotokopie mit allen Anlagen bei; ohne Vorlage der Rentenauskunft kann keine Startgutschrift ermittelt werden. Die Auskunft muss die Versicherungszeiten bis 31.12.2001 berücksichtigen.

Wenn keine Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung besteht:

Bitte fügen Sie einen Nachweis des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers bei, dass dort keine Anwartschaft besteht. Weiterhin darf ich Sie bitten, das ausgefüllte **BEIBLATT zur Transferberechnung Betr.: anderweitige Zukunftssicherung** mit den erforderlichen Angaben beizulegen.

- 2.20 Hat ein öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber Zuschüsse/Anteile zu den Beiträgen zu einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI) gezahlt? ja nein

Bitte fügen Sie ggf. Nachweise bei.

3. Nur Versicherte, die in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind

- 3.10 Sind in der Rentenauskunft der gesetzlichen Rentenversicherung Steigerungsbeträge aus Höherversicherung ausgewiesen und besteht Ihre Pflichtversicherung bei der KVBbg-ZVK- mindestens seit dem 01.01.1967 ununterbrochen? ja nein

Wenn ja:

Hat ein öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber einen Zuschuss zu diesen Beiträgen geleistet oder diese Beiträge voll getragen? ja nein

Es können nur Zeiten anerkannt werden, die nachgewiesen sind. Bitte fügen Sie deshalb entsprechende Nachweise bei. Eidesstattliche Erklärungen werden nicht anerkannt.

- 3.20 Haben Sie während der Zeit der Pflichtversicherung (bis 31.12.2001) eine Teilrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen? ja nein

- 3.30 Wurden Ihnen Beiträge der gesetzlichen Rentenversicherung erstattet? ja nein

Wenn ja:

Bitte fügen Sie eine Fotokopie des Erstattungsbescheides bei.

4. Angaben zur Pflichtversicherung

4.10 Waren Sie während der Zeit der Beschäftigung im öffentlichen Dienst (auch bei einem früheren Arbeitgeber) in geringerem Umfang als der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt (Teilzeitbeschäftigung)?

ja nein

Wenn ja:

für die Zeit		Arbeitgeber
vom	bis	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.20 Waren oder sind Sie nach dem 31.12.1985 für mehr als 12 Monate ohne Arbeitsentgelt beurlaubt?

ja nein

Wenn ja:

Bitte fügen Sie die Mitteilung über die Bewilligung der Beurlaubung bei.

4.30 Sind oder waren Sie bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung (z.B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, kommunale oder kirchliche Zusatzversorgungskasse) versichert?

ja nein

Wenn ja:

für die Zeit		Zusatzversorgungseinrichtung	Versicherungs-Nr./Aktzeichen
vom	bis		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.31 Sind Ihnen die Beiträge erstattet worden?

ja nein

4.40 War Ihr Ehegatte am 31.12.2001 im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt?

ja nein

5. Erklärung der /des Versicherten

5.1 Haben Sie bereits im Jahr 2001/2002 eine Rentenauskunft
Des KVBbg-ZVK- erhalten?

ja

nein

Wenn ja:

am

5.2 Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dem KVBbg-ZVK- sofort Mitteilung zu machen, wenn nach der Berechnung Änderungen eintreten, die die Startgutschrift – auch rückwirkend – nach Grund und Höhe berühren.

Ort, Datum

Unterschrift
der/des Versicherten

Anlagen:

 Rentenauskunft der gesetzlichen Rentenversicherung

Mandantennummer	Versicherungsnummer	PZ
8 0		

Teil B: Bescheinigung des Arbeitgebers

1. Angaben zur Versicherungspflicht

- 1.10 In den Fällen des § 28 Abs. 5 Satz 2 der Satzung in der bis 31.12.2001 maßgebenden Fassung:
 Das Arbeitsverhältnis endete aufgrund einer von mir aus betrieblichen Gründen ausgesprochenen Kündigung oder aufgrund eines von mir aus nicht verhaltensbedingten Gründen veranlassten Auflösungsvertrages

am

- 1.20 Ist mit der/dem Versicherten vor dem 14.11.2001
Altersteilzeit oder ein Vorruhestand vereinbart worden? ja nein

Wenn ja:

Bitte fügen Sie diese Vereinbarung bei.

2. Angaben zur Teilzeitbeschäftigung und Beurlaubung

- 2.10 War mit dem/der Versicherten eine kürzere als die jeweilige durchschnittliche regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit eines entsprechenden **Vollbeschäftigten** vereinbart? ja nein

Wenn ja: vom bis

- 2.20 Wurde bereits eine **Teilzeitnachweisung** für diesen Zeitraum erstellt? ja nein

Wenn die vorstehende Frage mit "nein" beantwortet wurde und nach dem 31.12.1981 Teilzeitbeschäftigung vereinbart war, bitte den Vordruck für Zeiten der Teilzeitbeschäftigung vor dem 01.01.1982 ausfüllen und beifügen.

- 2.30 Hat bei einem früheren Arbeitgeber für die Versicherte/den Versicherten während eines Pflichtversicherungsverhältnisses Teilzeitbeschäftigung bestanden? ja nein

- 2.40 Die/Der Pflichtversicherte war während der Pflichtversicherung länger als 12 Monate ohne Arbeitsentgelt beurlaubt. ja nein

Wenn ja: Für die Zeit vom bis

vom bis

- Sonderzahlungen nach § 34 b Abs. 4 wurden geleistet: ja nein

Die Beurlaubung erfolgte ganz oder teilweise wegen Inanspruchnahme des Erziehungsurlaubes/Elternzeit nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz. ja nein

Wenn ja: Für die Zeit vom bis

vom bis

3. Sonstige Angaben zum Beschäftigungsverhältnis

3.10 Dem bisherigen monatlichen Arbeitsentgelt lag am **31.12.2001** die Lohnsteuerklasse zurunde.

3.20 Es wurde ein gekürzter Ortszuschlag gewährt. ja nein

4. Angaben zur anderweitigen Zukunftssicherung und zu sonstigen Ansprüchen

4.10 Haben Sie Zuschüsse/Anteile zu den Beiträgen zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, zu einer Lebensversicherung oder zu einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI geleistet? ja nein

Wenn ja: Für die Zeit vom bis

Die entsprechenden Bescheinigungen sind, sofern sie der Kasse noch nicht vorgelegt wurden, beizufügen.

4.20 Haben Sie Zuschüsse/Anteile zu den Beiträgen zur Höher- oder Überversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung geleistet? ja nein

Wenn ja: Für die Zeit vom bis

Die Bescheinigungen über Zeiten der Höher-/Überversicherung sind nur erforderlich, wenn die/der Pflichtversicherte am 01.01.1967 pflichtversichert war und die Pflichtversicherung bis zum 31.12.2001 ununterbrochen bestanden hat.

4.30 Hat ein früherer Arbeitgeber Zuschüsse/Anteile zu den bei 4.10 und 4.20 genannten Versicherungen gezahlt? ja nein

Wenn ja: Für die Zeit vom bis

Datum:

Auskunft erteilt:

Telefon (Vorwahl/Ruf/Nbst., ggf. Durchwahl).

Mitglieds-Nr.:

Dienststempel/Stempel

Unterschrift