

Mitglied:

Straße, Haus-Nr. oder Postfach

PLZ, Ort

Datum:

Auskunft erteilt:

Telefon

Mitglieds-Nr.

Kommunaler Versorgungsverband
Brandenburg
- Zusatzversorgungskasse -
Postfach 12 09

16771 Gransee

Sie können uns Ihre Anforderung
auch zifaxen:

Unsere **Fax-Nr.** lautet
0 3 3 0 6 / 7 9 8 6 6 6

**Anforderung von Vordrucken des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg
- Zusatzversorgungskasse -**

Anzahl	Bezeichnung
	Meldevordruck
	Jahresmeldung
	Antrag auf Zulassung zur automatisierten Datenübermittlung
	Antrag auf Zulassung Übermittlung JM über PC-Programm
	Lieferschein (zum Datenträger)
	Wechsel Rechenzentrum/Softwareunternehmen
	Antrag auf Überleitung
	AVIS zur Überweisung
	Bescheinigung über die im Jahr ____ insgesamt geleisteten Aufwendungen für die Zukunftssicherung der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers und die hierzu geleisteten Zuschüsse/Anteile des Arbeitgebers
	Bescheinigung über die im Geschäftsjahr ____ zu zahlende zusätzliche Umlage (Zusatzumlage nach § 62 Abs. 4 der Satzung)
	Antrag auf Sterbegeld (ab dem Jahr 2008 entfällt das Sterbegeld)
	Antrag auf Rente für Versicherte
	Antrag auf Rente für Hinterbliebene

- Mit der Ausführung der Bestellung wird ein neuer Antragsvordruck übersandt -