

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 zufaxen:

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
	Antrag auf Betriebsrente für Versicherte
	Antrag auf Betriebsrente für Hinterbliebene
	Antrag auf Sterbegeld (für Sterbefälle bis 2007)
	Anlage K zum Antrag auf Betriebsrente (für Versicherte/Hinterbliebene)

Diese Vordrucke können Sie sich im Internet unter www.kvbbg.de downloaden.

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