

Bitte unter Beachtung der Bemerkungen sorgfältig ausfüllen und umgehend zurücksenden!
Zutreffendes bitte ankreuzen

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen-Anhalt
Beamtenversorgung
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Erklärung zu Rentenanwartschaften /Rentenbezug

Angaben zur erklärenden Person

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Aktenzeichen des KVSA
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		Telefon

Bestätigungs- und Verpflichtungserklärung

Ich versichere, dass meine Angaben auf Seite 1 bis 4 vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den dargelegten Verhältnissen eintretende Änderung (z.B. Bezug, Änderung des Betrages oder Wegfall) dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt sofort schriftlich anzuzeigen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zu viel erhalten habe, zurückzahlen muss.

Ermächtigung zur Auskunftserteilung von Dritten

Ich ermächtige den Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt (KVSA) gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 LBeamtVG LSA, Auskünfte von Dritten einzuholen, soweit dies für die Berechnung der Versorgungsbezüge erforderlich ist.

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten erhoben und unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen in einem automatisierten Verfahren gespeichert und ggf. geändert, soweit dies für die Berechnung der Ihnen zustehenden Leistungen bzw. die Überweisung notwendig ist (§§ 50 BeamStG, 84, 91 LBG LSA, Artikel 6 der Datenschutzgrundverordnung). Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit erkläre ich, dass ich folgende

- Anwartschaften auf Rente wegen Alters, verminderter Erwerbsfähigkeit oder Tod aus der gesetzlichen Rentenversicherung (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund) und / oder aus einem anderen Alterssicherungssystem (z. B. VBL, ZVK, Ärzteversorgung) erworben habe
oder
- Rente beziehe

<p>1.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p>nein, weil</p> <p><input type="checkbox"/> die <u>allgemeine</u> Wartezeit nicht erfüllt ist (5 Jahre; § 50 Abs. 1 SGB VI)</p> <p><input type="checkbox"/> mir die eingezahlten Beiträge erstattet worden sind</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>1.b) Ich <u>beziehe</u> Leistungen / werde Leistungen beziehen aus der gesetzlichen Rentenversicherung</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>2.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf Leistungen der zusätzlichen Alters-/ Hinterbliebenenversorgung des öffentlichen Dienstes (z. B. ZVK, VBL)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>2.b) Ich <u>beziehe</u> Leistungen / werde Leistungen beziehen aus der zusätzlichen Alters-/ Hinterbliebenenversorgung des öffentlichen Dienstes (z. B. ZVK, VBL)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Versorgungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>3.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>3.b) Ich <u>beziehe</u> eine Rente nach dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>

<p>4.) Ich <u>beziehe</u> eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Unfallkasse, Berufsgenossenschaft)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Unfallversicherungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>5.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf Leistungen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Ärzte-, Rechtsanwaltsversorgung) mit Arbeitgeberbeteiligung (z. B. durch Zuschüsse, Zahlung von Beiträgen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>5.b) Ich <u>beziehe</u> Leistungen / werde Leistungen beziehen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. Ärzte-, Rechtsanwaltsversorgung) mit Arbeitgeberbeteiligung (z. B. durch Zuschüsse, Zahlung von Beiträgen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Versorgungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>6.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf Leistungen einer befreienden Lebensversicherung mit Arbeitgeberbeteiligung (z. B. durch Zuschüsse, Zahlung von Beiträgen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>6.b) Ich <u>beziehe</u> Leistungen / werde Leistungen beziehen aus einer befreienden Lebensversicherung mit Arbeitgeberbeteiligung (z. B. durch Zuschüsse, Zahlung von Beiträgen)</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift der Versicherung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>7.a) Ich habe eine unverfallbare Anwartschaft auf Betriebsrente nach §§ 1b oder 30f Betriebsrentengesetz</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> <p>7.b) Ich <u>beziehe</u> Leistungen / werde Leistungen beziehen aus einer unverfallbaren Anwartschaft auf Betriebsrente nach §§ 1b oder 30f Betriebsrentengesetz)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Versorgungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>

<p>8.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf wiederkehrende Geldleistungen eines ausländischen Versicherungsträgers (z. B. in Frankreich, Niederlande, Türkei, Ungarn)</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>8.b) Ich <u>beziehe</u> Geldleistungen / werde Geldleistungen beziehen von einem ausländischen Versicherungsträger (z. B. Frankreich, Niederlande, Türkei, Ungarn)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____ <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Versicherungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>
<p>9.a) Ich habe <u>Anwartschaften</u> auf Altersgeld oder vergleichbare Leistung aufgrund eines Ausscheidens aus einem früheren Beamtenverhältnis</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>9.b) Ich <u>beziehe</u> Altersgeld oder werde Altersgeld oder vergleichbare Leistung aufgrund eines Ausscheidens aus einem früheren Beamtenverhältnis beziehen</p> <p><input type="checkbox"/> ja, ab _____ <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Name und Anschrift des Versorgungsträgers:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Versicherungs-/ Mitgliedsnummer / Aktenzeichen</p> <p>_____</p>

Die Renten- und / oder Leistungsbescheide inkl. aller Anlagen

- sind beigelegt.
 werden nachgereicht.

Erläuterungen zur Erklärung zu Rentenanwartschaften /Rentenbezug:

Nach § 69 LBeamtVG LSA sind neben tatsächlichen Leistungen der verschiedenen Alterssicherungssysteme auch Ansprüche und Anwartschaften zu berücksichtigen, wenn diese nicht beantragt, auf Sie verzichtet oder an deren Stelle ein Kapitalbetrag, eine Beitragserstattung oder eine Abfindung gezahlt wird.

Eine Berücksichtigung findet nicht statt, wenn der Ruhestandsbeamte innerhalb von drei Monaten nach Zufluss den Kapitalbetrag zuzüglich der hierauf gewährten Zinsen an den KVSA abführt.

Wenn Sie Zweifel an der Art und dem Umfang einer evtl. Anwartschaft auf eine Rentenleistung haben, wenden Sie sich bitte an den zuständigen Rentenversicherungsträger und beantragen Sie dort eine Kontenklärung. Bitte geben Sie uns die Erklärung mit einer entsprechenden Anmerkung Ihrerseits zurück und informieren uns unverzüglich über das Ergebnis.