Bitte sorgfältig ausfüllen und umgehend zurücksenden!
Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

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

Erklärung über
weitere Versorgungsbezüge

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

Hiermit erkläre ich, dass ich

1. ein weiteres Ruhegehalt, Witwen- oder Waisengeld oder eine weitere ähnliche **Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen**

☐ nicht beziehe
☐ beziehe Name, Anschrift des Versorgungsträgers:

_____

_____

Aktenzeichen des Versorgungsträgers: _____
Art der Versorgung: _____
Höhe der mtl. Versorgung (brutto): _____
Bezug seit: _____

2. aus einer **Verwendung** im öffentlichen Dienst einer **zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung** eine Versorgung

☐ nicht beziehe
☐ beziehe Name, Anschrift des Versorgungsträgers / der zwischenstaatlichen Einrichtung / der überstaatlichen Einrichtung:

_____

_____

Aktenzeichen: _____
Art der Versorgung: _____
Höhe der mtl. Versorgung (brutto): _____
Bezug seit: _____

Bitte aktuelle Nachweise (Festsetzungsbescheid, Änderungsbescheide, usw.) beifügen.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede künftige Veränderung (z. B. Bezug, Änderung oder Wegfall des Versorgungsbezuges) dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt **s o f o r t schriftlich** anzuzeigen und zu belegen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zuviel erhalten habe, zurückzahlen muss.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

* Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt