

Kommunaler Versorgungsverband  
Sachsen  
Postfach 16 01 17  
01287 Dresden

## Fragebogen für den Versorgungsberechtigten zur Festsetzung von Ruhegehalt<sup>1),2)</sup>

1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
	<hr/>	
	Dienst- / Amtsbezeichnung	
	<hr/>	
	Rechtsstellung (z. B. Beamter auf Zeit)	
	<hr/>	
	Straße und Haus-Nr.	
	<hr/>	
	Postleitzahl und Wohnort	Telefon-Nr.                      E-Mail-Adresse (optional)
	<hr/>	<hr/>
	Familienstand	
	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____
	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____	<input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend seit _____
		<input type="checkbox"/> geschieden seit _____
2.	Ehegatte, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum
	<hr/>	
	falls von Ziff. 1 abweichend: Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort)	
	<hr/>	
	<hr/>	
3.	Die Versorgungsbezüge sollen auf folgendes Konto überwiesen werden:	
	IBAN	BIC
	<hr/>	<hr/>
	bei (Kreditinstitut)	falls von Ziffer 1 bzw. 2 abweichend: Name und Vorname des Kontoinhabers
	<hr/>	<hr/>

4.	Steuer-Identifikationsnummer  _____			
		Ja	ab bzw. von - bis	Nein
5.	<p>Erzielen Sie nach dem Eintritt des Versorgungsfalles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ein Erwerbseinkommen (z. B. aus nichtselbständiger Arbeit, selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb)?<sup>3)</sup></li> <li>- kurzfristiges Erwerb ersatzeinkommen (Kranken-, Mutterschafts-, Übergangs-, Arbeitslosengeld oder vergleichbare Leistungen)?<sup>3)</sup></li> </ul>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
6.	Erhalten Sie nach Eintritt des Versorgungsfalles Aufwandsentschädigung(en) aus ehrenamtlicher Tätigkeit (z. B. als ehrenamtlicher Bürgermeister, in Vorständen oder Aufsichtsräten)? <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
7.	Wurde im Rahmen einer Ehescheidung zu Lasten der beamtenrechtlichen Versorgungsanwartschaften ein Eheversorgungsausgleich durchgeführt? (ggf. Entscheidung über den Eheversorgungsausgleich beifügen)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
8.	<p>Haben Sie Kinder, für die Sie die Anerkennung von Kindererziehungszeiten bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres geltend machen?</p> <p>Wenn ja, übersenden Sie uns bitte den ausgefüllten Bogen "Erklärung zu Zeiten der Kindererziehung".</p> <p><b>Hinweis:</b> Eine Doppelberücksichtigung von Kindererziehungszeiten bei Mutter und Vater ist nicht möglich. Je nachdem, welcher Elternteil das Kind überwiegend erzogen hat oder ob eine übereinstimmende Erklärung zur Zuordnung der Zeiten vorliegt, kommt lediglich eine Verteilung von Teilzeiträumen in Betracht.</p>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
9.	<p>Haben Sie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- einen Pflegebedürftigen mit mind. Pflegegrad 2 und Anspruch auf Leistungen der Pflegekasse</li> <li>- an regelmäßig mind. 2 Tagen pro Woche im Umfang von mind. 10 h wöchentlich</li> <li>- in seiner häuslichen Umgebung gepflegt</li> <li>- und waren nicht mehr als 30 h pro Woche berufstätig?</li> </ul> <p>Falls ja, übersenden Sie uns bitte Nachweise darüber, z. B. die entsprechende Mitteilung der Pflegekasse über die Versicherungspflicht nach § 3 S. 1 Nr. 1a SGB VI und - sofern vorhanden - einen aktuellen Versicherungsverlauf der gesetzlichen Rentenversicherung.</p> <p>Wo wurden diese Zeiten zurückgelegt?</p>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> alte Bundesländer	<input type="checkbox"/> neue Bundesländer	<input type="checkbox"/> Ausland, in
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
10.	<p>Erfolgte eine <b>Beschäftigung im Ausland</b> in folgenden Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Ungarn, Zypern?</p> <p>Besteht dort eine Anwartschaft oder ein Anspruch auf eine Altersversorgung?</p>	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

11. **Haben Sie eine Anwartschaft oder einen Anspruch auf** <sup>5)</sup>

a) eine weitere Versorgung oder einen ähnlichen Bezug aus einer Verwendung im öffentlichen oder vergleichbaren Dienst (ggf. auch aus einem Beschäftigungsverhältnis des Ehegatten)?  \_\_\_\_\_

b) eine Leistung nach einem Abgeordneten- oder Ministergesetz?  \_\_\_\_\_

c) eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung?<sup>6)</sup>  \_\_\_\_\_

**Nur** wenn Ja:  
Versicherungsträger und Versicherungsnummer

Bei der Berechnung der Rente sind freiwillige Beiträge und / oder Höherversicherungsbeiträge berücksichtigt, an denen sich der Arbeitgeber beteiligt hat.

freiwillige Beiträge      Höherversicherungsbeiträge

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja        | <input type="checkbox"/> Ja        |
| <input type="checkbox"/> Nein      | <input type="checkbox"/> Nein      |
| <input type="checkbox"/> unbekannt | <input type="checkbox"/> unbekannt |

d) eine Rente aus der landwirtschaftlichen Alterskasse?  \_\_\_\_\_

e) eine Rente der gesetzlichen Unfallversicherung?  \_\_\_\_\_

**Nur** wenn Ja:  
Versicherungsträger und Versicherungsnummer

f) eine Rente aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes?<sup>7)</sup>  \_\_\_\_\_

g) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung von einem nichtdeutschen Versicherungsträger?  \_\_\_\_\_

h) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung aus einer Lebensversicherung oder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung, zu der ein öffentlich-rechtlicher Arbeitgeber Zuschüsse geleistet hat?  \_\_\_\_\_

- Nur** wenn Ja:
- die Zuschüsse wurden für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ geleistet.
- Zeitraum ist unbekannt.

Bitte ggf. Nachweise beifügen.

i) eine Leistung aus einem Zusatz- oder Sonderversorgungssystem der früheren DDR einschl. Berlin-Ost?  \_\_\_\_\_

j) eine sonstige ähnliche Leistung, z. B. von einer betrieblichen oder berufsständischen Versorgungseinrichtung?  \_\_\_\_\_

**Bitte übermitteln Sie bei Bezug von Leistungen jeweils eine Kopie des entsprechenden Bescheides!**

	Ja	ab bzw. von - bis	Nein
12. Ist Ihnen eine Abfindung, Beitragserstattung oder ein sonstiger Kapitalbetrag aus der gesetzlichen Rentenversicherung, aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung oder aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gezahlt worden?	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Nur wenn Ja:			
Versicherungsträger und Versicherungsnummer			
_____			

**Erklärung**

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich die vorstehenden Angaben richtig und vollständig gemacht habe. Ich ermächtige den KVS gem. § 71 Abs. 2 Satz 3 SächsBeamtVG, Auskünfte von Dritten einzuholen, soweit dies für die Berechnung der Versorgungsbezüge erforderlich ist.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

- Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter [kv-sachsen.de/datenschutz](http://kv-sachsen.de/datenschutz).
- Zur Beantwortung der Ziffern 5 und 8 sind Sie aufgrund von § 71 Abs. 2 Satz 1 SächsBeamtVG verpflichtet. Im Übrigen sind die Angaben Voraussetzung für die Gewährung von Rechtsvorteilen und dienen ggf. der Vermeidung von Überzahlungen; unvollständige Angaben können zu Verzögerungen bei der Festsetzung und Auszahlung der Versorgungsbezüge führen. Die Beantwortung der Ziffer 2 ist insbesondere für die ordnungsgemäße Beihilfefestsetzung notwendig. Die Angabe der Telefon- und der Faxnummer ist freiwillig.  
  
Auf Verlangen des KVS sind Sie verpflichtet, Nachweise vorzulegen oder der Erteilung erforderlicher Nachweise oder Auskünfte, die für die Versorgungsbezüge erheblich sind, durch Dritte zuzustimmen (§ 71 Abs. 2 Satz 3 SächsBeamtVG).  
  
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden männliche und weibliche Sprachformen nicht nebeneinander verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen meinen immer alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.
- Ggf. Bescheinigung über den Beginn der Tätigkeit und die Höhe des monatlichen Bruttoeinkommens bzw. Nachweis über den Beginn der Zahlung und die Höhe des Erwerbssatzeinkommens beifügen.
- Aufwandsentschädigungen sind (nur) dann anrechnungsfrei, wenn sie steuerfrei sind. Bitte geben Sie daher jeden Bezug einer Aufwandsentschädigung an und fügen Sie Nachweise über deren Höhe bei.
- Falls es zweifelhaft ist, ob eine Leistung zu den anzeigepflichtigen Einkünften gehört, geben Sie bitte vorsorglich die Art der Leistung und die Stelle an, die die Leistung gewährt.
- Renten der gesetzlichen Rentenversicherungen sind Renten aus der allgemeinen Rentenversicherung (von der Deutschen Rentenversicherung Bund oder der Deutschen Rentenversicherung einer Region, z. B. Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland) und der knappschaftlichen Rentenversicherung (von der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See). Nicht zu berücksichtigen sind Hinterbliebenenrenten aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit des Ehegatten.
- Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes sind Renten der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), der Zusatzversorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Sachsen (ZVK) sowie entsprechender Zusatzversorgungseinrichtungen. Nicht zu berücksichtigen sind Hinterbliebenenrenten aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit des Ehegatten.