

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.
Name und Anschrift des Mitglieds

zuständige(r) Ansprechpartner(in)
Name
Tel.-Nr.
Fax-Nr.

**Fragebogen für das Mitglied zum Ausscheiden eines Angehörigen
(zur Durchführung der Nachversicherung bzw. für die
Erteilung der Bescheinigung über den Aufschub der Beitragszahlung)**

1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname	
	Geburtsdatum	Geburtsort
	Straße und Haus-Nr.	
	Postleitzahl	Wohnort
2.	Rentenversicherungs-Nr.	Ausgeschieden mit Ablauf des _____
	<input type="text"/>	
3.	Neuer Arbeitgeber/Dienstherr	
	Anschrift des neuen Arbeitgebers/Dienstherrn	
	Neue Dienst-/Amtsbezeichnung	
4.	Die gezahlten für die Nachversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen (§ 181 Abs. 2, 3 SGB VI) für den Zeitraum vom _____ bis _____ ergeben sich aus den beigefügten Lohnkonten	

Erklärung: Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.	
Datum	Unterschrift
_____	_____