

Kommunalbeamten-
 Versorgungskasse Nassau
 Welfenstraße 2
 65189 Wiesbaden

Name und Anschrift des Mitglieds
Mitglieds-Nr.:
Pers.-Nr.:

FRAGEBOGEN zur Festsetzung von Versorgungsbezügen

Nachfolgende Bezeichnungen gelten unabhängig von der verwendeten Form für beide auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

I. Allgemeine Angaben

1	Versorgungsberechtigter Name, Vorname, ggf. Geburtsname Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort) Amts-/Dienstbezeichnung Rechtsstand (z.B. Beamter auf Lebenszeit, Zeit ...)	Geboren am: Familienstand: verheiratet verpartnert geschieden verwitwet seit: ledig												
2	Ehegatte Vorname – ggf. Geburtsname und Name aus früherer Ehe Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, falls von Ziff. 1 abweichend)	Geboren am:												
3	Die Versorgungsbezüge sollen auf das Konto bei der überwiesen werden. IBAN ... <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> BIC <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> Kontoinhaber (Name, Vorname und Anschrift, falls von Ziff. 1 bzw. 2 abweichend)													
4	Waisen (nur bei Hinterbliebenen ausfüllen) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%; text-align: center;">Vor- und Zuname</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">geboren am</th> <th style="width: 40%; text-align: center;">Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table> <p>- abweichende Anschrift und Kontoverbindung der Waisen ggf. bitte gesondert angeben -</p>		Vor- und Zuname	geboren am	Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)
Vor- und Zuname	geboren am	Kindschaftsverhältnis (leiblich / adoptiert)												
.....												
.....												
.....												

5	Liegt eine Erklärung zum Kindererziehungszuschlag vor (§ 56 Abs. 3 HBeamtVG bzw. § 66 Abs. 1 LBeamtVG ja (bitte Kopie beifügen) nein
6	Die Einstellung der Dienstbezüge erfolgt mit Ablauf des

IV. Angaben zu Anrechnungs-, Kürzungs- und Ruhensvorschriften

1	Ist der Versorgungsberechtigte (nach Eintritt des Versorgungsfalles) tätig ?	ja	nein
2	Hat der Versorgungsberechtigte einen Anspruch auf:		
	a) eine weitere Versorgung (oder einen ähnlichen Bezug) aus einer Verwendung im öffentlichen oder vergleichbaren Dienst ?	ja	nein
	b) eine Leistung nach einem Abgeordneten- oder Ministergesetz ?	ja	nein
	c) eine Rente aus der gesetzlichen Renten- / Unfallversicherung, z.B.: Deutsche Rentenversicherung Bund / Land / Knappsch. ?	ja	nein
	d) eine Rente aus Versicherungszeiten, die in einem Mitgliedstaat der EG / des EWR oder der Schweiz zurückgelegt wurden (vgl. hierzu unser Rundschreiben BVK Nr. 1 / 2006) ? unbedingt beantworten !	ja	nein
	e) eine Leistung der Altersrente für Landwirte ?	ja	nein
	f) eine Rente oder Abfindung aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes, z.B. ZVK oder VBL ?	ja	nein
	g) eine einmalige oder wiederkehrende Leistung von einem nichtdeutschen Versicherungsträger ?	ja	nein
	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 ?	ja	nein
	i) eine sonstige Leistung ?	ja	nein
3	Sind zu Lasten der beamtenrechtlichen Versorgungsanwartschaften im Rahmen des Eheversorgungsausgleichs Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung durch ein Familiengericht begründet worden? wenn ja, Entscheidung beifügen!	ja	nein

V. Sonstiges – ggf. Nachweise beifügen -

1	Liegen Pfändungen / Abtretungen zugunsten Dritter vor? Wenn ja, bitte auf besonderem Blatt erläutern.	ja	nein
2	Überzahlungen: Summe: € mtl. Rate: €		
3	Angaben des Mitglieds zum Steuerabzug des Versorgungsberechtigten Steuer-ID Nr.: _____ Steuerklasse: _____ / Faktor: _____ / Kinderfreibeträge: _____ Kirchensteuer: _____ / _____ Freibetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ € Hinzurechnungsbetrag (Jahr / Monat): _____ € / _____ € (Kopie) Bescheinigung der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG zur Berücksichtigung im Lohnsteuerabzugsverfahren		
4	Der Beamte / Die Beamtin ist Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung Nein (Privat). Ja, bei folgender Krankenkasse: Name und Anschrift der Krankenkasse: Sozialversicherungsnummer bzw. Krankenversichertennr. bei der Krankenkasse: Bitte geben Sie die Krankenkasse auch dann an, wenn Sie im Zweifel sind, ob es sich um eine gesetzliche Krankenkasse oder um eine private Krankenversicherung handelt (Kopie) Erklärung nach § 6a HBeihVO (Hessen) bzw. § 25 (2) BVO (Rheinland Pfalz)		
5	Schwebt(e) oder droht(e) eine gerichtliche oder dienststrafrechtliche Untersuchung gegen den Beamten bzw. wurde gegen den Beamten eine gerichtliche oder dienststrafrechtliche Strafe verhängt, die Einfluss auf die Höhe der Versorgungsbezüge hat?	ja	nein
6	Ist für frühere Beschäftigungszeiten eine Abfindung gewährt oder eine Beurlaubung ausgesprochen werden?	ja	nein

VI. Erklärung

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Datum

Unterschrift des Mitgliedes
