KOMMUNALES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM
PERSONAL & VERSORGUNG

Ausgefüllt zurück an:

Zusatzversorgungskasse für die
Gemeinden und Gemeindeverbände in Wiesbaden
Postfach 62 29
65052 Wiesbaden

Erklärung

für verstorbene Versicherte mit berufsständischer Versorgung

Versicherungsnummer		Geburtsdatum	
Name, Vorname der/des Verstorbenen		Sterbedatum	

Ich versichere, dass

☐ die/der Verstorbene zu keiner Zeit in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert war. Bitte Kopie der Befreiungsbescheinigung von der gesetzlichen Rentenversicherung beilegen.

☐ die/der Verstobene bis zum Zeitpunkt des Todes nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert war. Bitte Kopie der Befreiungsbescheinigung von der gesetzlichen Rentenversicherung beilegen.

☐ die/der Verstorbene trotz zeitweiliger Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung keinen Anspruch auf Rentenleistungen hatte.

Eine Bestätigung des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung

☐ füge ich bei. ☐ reiche ich nach.

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Zeilen an und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.

Datum

Unterschrift

Telefonnummer