



**Kommunaler  
Versorgungsverband  
Brandenburg**  
Versorgungskasse

KVBbg -VK- | Postfach 12 09 | 16771 Gransee

Die Direktorin

Gransee, den  
**Zeichen bitte immer angeben:**

Jimena Heinol  
Telefon: 03306 7986- 3010  
Versorgungskasse@kvbbg.de

---

### Jahreserklärung (R)

für

---

Aktenzeichen

---

---

Sehr geehrter

gemäß § 9 Abs. 2 Brandenburgisches Beamtenversorgungsgesetz (BbgBeamtVG) / § 62 Abs. 2 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) besteht für jeden Versorgungsberechtigten eine Anzeigepflicht - auf die Sie im seinerzeitigen Erstfestsetzungsbescheid Ihrer Versorgungsbezüge hingewiesen wurden - gegenüber der Regelungsbehörde oder der die Versorgungsbezüge zahlenden Kasse.

Ich bin mir zwar bewusst, dass Ihnen diese Anzeigepflicht bekannt ist, jedoch ist es auf Grund der Vielzahl der Anrechnungs- und Ruhensregelungen im Beamtenversorgungsrecht für alle Beteiligten hilfreich und sachdienlich, wenn konkrete Einzelheiten abgefragt werden. Die Jahreserklärung dient nicht nur zur Überprüfung der Vollständigkeit der vorliegenden Unterlagen bei der Versorgungskasse sondern auch zur Kontrolle für den Versorgungsempfänger.

***Die Rücksendung der Jahreserklärung ist freiwillig. Eine Verpflichtung für Sie besteht nicht.***

Sollten Sie sich für eine Rücksendung entscheiden, bitte ich Sie, die Jahreserklärung sorgfältig und unbedingt vollständig auszufüllen, zu unterschreiben und - ggf. nebst Anlagen - an die Versorgungskasse des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg zurückzusenden.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Jimena Heinol

**Kontaktdaten:**

Rudolf-Breitscheid-Straße 64, 16775 Gransee  
Telefon (03306) 7986 3010 | Telefax (03306) 7986 3099

Unsere Servicezeiten sowie allgemeine und  
aktuelle Hinweise finden Sie unter [www.kvbbg.de](http://www.kvbbg.de)



**Urschriftlich zurück**

Kommunaler Versorgungsverband  
 Brandenburg  
 Versorgungskasse  
 Postfach 12 09  
 16771 Gransee

Name
Aktenzeichen/MGL-Nr.

**Jahreserklärung (R)**

**I. Von der/dem Versorgungsempfänger(in) bzw. Betreuer(in) selbst auszufüllen und zu unterschreiben**

**1. Wie ist Ihr Familienstand?**

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> wiederverheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	seit
<b>Falls verheiratet/wiederverheiratet:</b> Ist Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst *) tätig?					
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, als	<input type="checkbox"/> Beamter /Beamtin	<input type="checkbox"/> Angestellte(r)		
		<input type="checkbox"/> Richter(in)	<input type="checkbox"/> Arbeiter(in)	<input type="checkbox"/> Soldat(in)	
bei (Name, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)				Personal-Nr.:	
Erhält Ihre Ehegattin/Ihr Ehegatte Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?					
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
von (Name, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)				Personal-Nr.:	

**2. Art Ihrer Krankenversicherung**

<input type="checkbox"/> private KV	<input type="checkbox"/> gesetzl. KV	wenn gesetzlich:	<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	<input type="checkbox"/> pflichtversichert
wenn gesetzlich: Wo?				

**3. Erzielen Sie ein Erwerbs-/Erwerbsersatzeinkommen \*\*)?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	wenn ja: Seit wann und von welcher Stelle?
Welcher Art?		in welcher Höhe?  Euro mtl. (Brutto)

\*) Verwendung im öffentlichen Dienst ist nach den Vorschriften des BBgBeamtVG/BeamtVG jede Beschäftigung im Dienst des Bundes, der Länder, der Gemeinden oder anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts oder der Verbände von solchen. Verbände von Körperschaften des öffentlichen Rechts sind Zusammenschlüsse jeder Art ohne Rücksicht auf die Rechtsform und Bezeichnung.

Verwendung ist auch die (Weiter-) Beschäftigung bei dem bisherigen Dienstherrn/Arbeitgeber.

Es kommt weder auf die Dauer der Beschäftigung, noch darauf an, ob die Beschäftigungsstelle eine Behörde ist, ob die Beschäftigung im Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder in anderer Form erfolgt oder aus welchen Mitteln die Vergütung für die Leistung fließt.

\*\*) Erwerbseinkommen sind Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit einschließlich Abfindungen, aus selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft sowie Aufwandsentschädigungen, die nicht steuerfrei sind. Nicht als Erwerbseinkommen gelten steuerfreie Aufwandsentschädigungen, ein Unfallausgleich (§ 54 BbgBeamtVG/§ 35 BeamVG/) sowie Einkünfte aus Tätigkeiten, die nach Art und Umfang Nebentätigkeiten im Sinne des § 40 Beamtenstatusgesetz entsprechen. Erwerb ersatzeinkommen sind Leistungen, die aufgrund oder in entsprechender Anwendung öffentlich-rechtlicher Vorschriften kurzfristig erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen (§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Die Berücksichtigung des Erwerbs- und des Erwerb ersatzeinkommens erfolgt monatsbezogen. Wird Einkommen nicht in Monatsbeträgen erzielt, ist das Einkommen des Kalenderjahres, geteilt durch zwölf Kalendermonate, anzusetzen.

**4. Haben Sie Anspruch auf eine Rente aus der Sozialversicherung?**  
(z. B. Altersrente, Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit)

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, aus der <input type="checkbox"/> gesetzlichen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung	
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen:

**5. Haben Sie Anspruch auf eine Rente aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes (z. B. von der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) oder von einer kommunalen Zusatzversorgungskasse)?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen:

**6. Erhalten Sie neben den vom Kommunalen Versorgungsverband unter obigem Aktenzeichen gezahlten Versorgungsbezügen noch andere Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (z. B. Ruhegehalt, Witwen-/Witwergeld, Unterhaltsbeitrag)?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Personal-Nr./Aktenzeichen:

**7. Haben Sie Anspruch auf Leistungen**

a) aus einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung (z.B. Ärzteversorgung)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b) oder aus einer anderen betrieblichen Altersversorgung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
von welcher Stelle?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Rentenzeichen/Aktenzeichen:

**8. Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus einer Lebensversicherung, an deren Beitragszahlung sich ein früherer Arbeitgeber mit Zuschüssen beteiligt hat?**

<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
von welchem Versicherungsunternehmen?	ab wann?
in welcher Höhe? Euro mtl. (Brutto)	Nr. des Versicherungsscheins:

**Hinweis:** Bitte zu den Angaben in den Ziffern 3 bis 8 ggf. aktuelle Nachweise beifügen!

**II. Erklärung**

Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 9 Abs. 2 BbgBeamtVG / § 62 Abs. 2 und 3 BeamtVG verpflichtet bin,  
 - Änderungen in meinen persönlichen Verhältnissen,  
 - jeden bei mir neu eingetretenen Bezug von Einkommen der unter Nr. 3 – 8 bezeichneten Art oder Änderungen desselben,  
 unverzüglich der Versorgungskasse anzuzeigen.

Ich versichere, die nachstehende Unterschrift selbst geleistet zu haben.

Telefonnummer und e-mail-Adresse (Angabe ist freiwillig)		
Wohnort (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)		
Ort, Datum	Unterschrift	
Geprüft:	Wv.	z. d. A.