



Kommunaler Versorgungsverband  
Brandenburg  
Zusatzversorgungskasse  
Postfach 12 09  
16771 Gransee

	Versicherungs-Nr. KVBbg PZ	
--	----------------------------	--

## Anlage E zum Antrag auf Betriebsrente für Hinterbliebene

► Den Vordruck bitte mit Schreibmaschine oder mit schwarzem Stift in Druckschrift ausfüllen ◀

**Von der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller auszufüllen:**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Geburtsname	

Wurden oder werden von Ihnen nach dem Tode der/des Rentenberechtigten/  
Versicherten Einkünfte aus selbstständiger oder unselbstständiger Tätigkeit, Er-  
werbsersetzeinkommen im Sinne von § 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB IV (z. B.  
Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld) oder laufende Dienstbezüge be-  
zogen?

nein

ja

**Wenn ja:**

ab (Datum)	€ monatlich	Arbeitgeber/Krankenkasse etc.
ab (Datum)	€ monatlich	Arbeitgeber/Krankenkasse etc.

**Bitte fügen Sie die Lohn-/Gehaltsbescheinigung des Arbeitgebers, eine Bescheinigung der Krankenkasse, des  
Arbeitsamtes oder einer anderen Zahlstelle bzw. den Einkommensteuerbescheid bei.**

Ort, Datum

Unterschrift