

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17

01287 Dresden

Fragebogen für den ausgeschiedenen Beschäftigten zur Durchführung der Nachversicherung bzw. für die Erteilung der Bescheinigung über den Aufschub der Beitragszahlung¹

1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname				
	Geburtsdatum		Geburtsort		
	Straße und Haus-Nr.				
	Postleitzahl	Wohnort	Telefon- Nr.		
2.	Üben Sie nach dem Ausscheiden aus der versicherungsfreien Beschäftigung bereits eine neue versicherungsfreie Beschäftigung (z. B. im Beamtenverhältnis) aus? ²				
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, seit _____ Dienstherr/Arbeitgeber _____ Amts-/Dienstbezeichnung _____				
			Ja	Nein	
3.	Falls Sie keine andere versicherungsfreie Beschäftigung aufgenommen haben: Haben Sie die feste Absicht, innerhalb von zwei Jahren nach dem Ausscheiden eine andere versicherungsfreie Beschäftigung aufzunehmen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn Ja: Ist die beabsichtigte Aufnahme der anderen versicherungsfreien Beschäftigung objektiv zu erwarten? ³			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Bitte beachten Sie das Merkblatt über die Nachversicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. bei einer berufsständigen Versorgungseinrichtung.

² Ggf. Nachweis über Zeitpunkt und Wirksamkeit der Ernennung bzw. der dienstvertraglichen Zusicherung einer Versorgungsanwartschaft einschließlich des Nachweises der Versicherungsfreiheit (z. B. Gewährleistungsentscheidung) beifügen.

³ Bitte teilen Sie insbesondere den künftigen Dienstherrn bzw. Arbeitgeber, die Rechtsart der künftigen Beschäftigung sowie den voraussichtlichen Beginn der Beschäftigung mit und fügen Sie einen entsprechenden Nachweis (z. B. Einstellungszusage) bei.

Erläuterungen zu Ziffer 3:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Nein					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
4.	<p>Besteht für Sie ein Versicherungskonto bei einem Rentenversicherungsträger?</p> <p>Wenn Ja: Rentenversicherungsträger</p> <p>_____</p> <p>Versicherungsnummer</p> <p>_____</p>					
5.	<p>Sind Sie oder werden Sie innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Voraussetzungen für die Nachversicherung Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung?</p> <p>Wenn Ja: Soll die Nachversicherung bei der für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung (z. B. bei einem Versorgungswerk der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Architekten, Rechtsanwälte bzw. Notare) durchgeführt werden?⁴</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<p><u>Erklärung:</u></p> <p>Ich versichere, dass vorstehende Angaben vollständig und richtig sind.</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>	
---	--

⁴ Der Antrag auf Nachversicherung bei der berufsständischen Versorgungseinrichtung kann nur innerhalb eines Jahres nach Eintritt der Voraussetzungen für die Nachversicherung gestellt werden. Ein Nachweis über die Mitgliedschaft ist dem Antrag beizufügen.