

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen
Postfach 16 01 17
01287 Dresden

Mitglieds-Nr.	
Name und Anschrift des Mitglieds	

zuständige(r) Ansprechpartner(in)	
Name	-----
Tel.-Nr.	-----
Fax-Nr.	-----

**Fragebogen für das Mitglied zum Ausscheiden eines Angehörigen
(zur Durchführung der Nachversicherung bzw. für die
Erteilung der Bescheinigung über den Aufschub der Beitragszahlung)**

1.	Name, Vorname, ggf. Geburtsname																			
	Geburtsdatum	Geburtsort																		
	Straße und Haus-Nr.																			
	Postleitzahl	Wohnort																		
2.	Rentenversicherungs-Nr.	Ausgeschieden mit Ablauf des _____																		
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																			
3.	Neuer Arbeitgeber/Dienstherr																			
	Anschrift des neuen Arbeitgebers/Dienstherrn																			
	Neue Dienst-/Amtsbezeichnung																			
4.	Die gezahlten für die Nachversicherung maßgebenden beitragspflichtigen Einnahmen (§ 181 Abs. 2, 3 SGB VI) für den Zeitraum vom _____ bis _____ ergeben sich aus den beigefügten Lohnkonten																			

Erklärung: Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt.

Datum

Unterschrift

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten und zu den Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz gibt es in unseren Datenschutzhinweisen im Internet unter www.kv-sachsen.de/datenschutz.