

Bitte unter Beachtung der Bemerkungen sorgfältig ausfüllen und umgehend zurücksenden!
Zutreffendes bitte ankreuzen

Kommunaler Versorgungsverband
Sachsen-Anhalt
Beamtenversorgung
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Erklärung über weitere Versorgungsbezüge

Angaben zur erklärenden Person

Name, Vorname, ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	Aktenzeichen des KVSA
Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)		Telefon

Bestätigungs- und Verpflichtungserklärung

Ich versichere, dass meine Angaben auf Seite 1 bis 2 vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede in den dargelegten Verhältnissen eintretende Änderung (Bezug, Änderung des Betrages oder Wegfall) dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt sofort schriftlich anzuzeigen, und dass ich alle Bezüge, die ich infolge unterlassener, verspäteter oder fehlerhafter Meldung zu viel erhalten habe, zurückzahlen muss.

Ermächtigung zur Auskunftserteilung von Dritten

Ich ermächtige den Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt (KVSA) gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 LBeamtVG LSA, Auskünfte von Dritten einzuholen, soweit dies für die Berechnung der Versorgungsbezüge erforderlich ist.

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der dem KVSA übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten erhoben und unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen in einem automatisierten Verfahren gespeichert und ggf. geändert, soweit dies für die Berechnung der Ihnen zustehenden Leistungen bzw. die Überweisung notwendig ist (§§ 50 BeamtStG, 84, 91 LBG LSA, Artikel 6 der Datenschutzgrundverordnung). Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite <https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Ort, Datum

Unterschrift

Hiermit erkläre ich, dass ich

- 1) ein weiteres Ruhegehalt, Witwen- oder Waisengeld oder eine weitere ähnliche **Versorgung nach beamtenrechtlichen Grundsätzen**

nicht beziehe

beziehe Name, Anschrift des Versorgungsträgers:

Aktenzeichen des Versorgungsträgers: _____

Art der Versorgung: _____

Höhe der mtl. Versorgung (brutto): _____

Bezug seit: _____

- 2) aus einer **Verwendung** im öffentlichen Dienst einer **zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung** eine Versorgung

nicht beziehe

beziehe Name, Anschrift des Versorgungsträgers / der zwischenstaatlichen Einrichtung / der überstaatlichen Einrichtung:

Aktenzeichen: _____

Art der Versorgung: _____

Höhe der mtl. Versorgung (brutto): _____

Bezug seit: _____

- 3) eine **Abgeordnetenentschädigung** oder eine **Altersentschädigung** nach dem Abgeordnetenstatut des **Europäischen Parlaments**

nicht beziehe

beziehe Name, Anschrift des Versorgungsträgers:

Aktenzeichen: _____

Art der Versorgung: _____

Höhe der mtl. Versorgung (brutto): _____

Bezug seit: _____

Bitte aktuelle Nachweise (Festsetzungsbescheid, Änderungsbescheide, usw.) beifügen.