

**B**

Aktenzeichen:

**Kommunaler Versorgungsverband  
Baden-Württemberg**  
- Beamtenversorgungsabteilung -

## Hinweise:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

## 1. Angaben zur Person

Name, Vorname Geburtsdatum

Geburtsname Geburtsort

Versicherungsnummer in der gesetzlichen Rentenversicherung

Straße, Hausnummer/Postfach

Postleitzahl Wohnort tagsüber telefonisch erreichbar unter Nr.

letzter Dienstherr/Arbeitgeber ausgeschieden mit Ablauf des

## 2. Welche Tätigkeiten üben Sie nach dem Ausscheiden aus der versicherungsfreien Beschäftigung bis heute aus?

ab Tätigkeit

Dienstherr/Arbeitgeber/selbstständige Tätigkeit

## 3. Haben Sie bereits eine andere versicherungsfreie Beschäftigung (z. B. im Beamtenverhältnis) aufgenommen?

Nein

ab Amts-/Dienstbezeichnung

Ja:

Dienstherr/Arbeitgeber

(Bitte Nachweise über Zeitpunkt und Wirksamkeit der Ernennung bzw. der dienstvertraglichen Zusicherung einer Versorgungsanwartschaft einschließlich der Versicherungsfreiheit bzw. Befreiung von der Versicherungspflicht, z. B. Gewährleistungsentscheidung, beifügen.)

B - 9061 - BW037519- 12/2018

**4. Falls Sie keine andere versicherungsfreie Beschäftigung aufgenommen haben:**

a) Haben Sie die feste Absicht, innerhalb von zwei Jahren nach dem Ausscheiden eine andere versicherungsfreie Beschäftigung aufzunehmen?

Nein    Ja

**b) Nur auszufüllen, wenn a) mit Ja beantwortet:**

Ist die beabsichtigte Aufnahme der anderen versicherungsfreien Beschäftigung objektiv zu erwarten?

Nein

Ja:        Bitte Näheres mitteilen, insbesondere

- zum künftigen Dienstherrn/Arbeitgeber,
- zur Rechtsnatur der künftigen Beschäftigung,
- zur künftigen Amts-/Dienstbezeichnung,
- zum Zeitpunkt des voraussichtlichen Beginns dieser Beschäftigung
- ob Sie bereits eine Einstellungszusage oder eine sonstige Mitteilung des künftigen Dienstherrn/Arbeitgeber haben.  
(Bitte entsprechende Nachweise beifügen.)

**5. Nur auszufüllen bei Nachversicherung bei einer berufsständischen Versorgungseinrichtung**

Falls Sie Pflichtmitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung sind oder innerhalb eines Jahres nach dem Eintritt der Voraussetzungen für die Nachversicherung werden oder vor dem Ausscheiden bereits Pflichtmitglied waren und jetzt freiwilliges Mitglied sind (z. B. bei einem Versorgungswerk der Ärzte, Architekten, Rechtsanwälte):

Soll die Nachversicherung bei der für Sie zuständigen berufsständischen Versorgungseinrichtung durchgeführt werden?

Nein

Ja: Die Nachversicherung wird hiermit beantragt; ein Nachweis über die Mitgliedschaft ist beigefügt/wird nachgereicht

**Hinweis:**

Der Antrag kann nur innerhalb eines Jahres nach dem Eintritt der Voraussetzungen für die Nachversicherung gestellt werden

**6. Die Richtigkeit der Angaben zu 1-5 wird bestätigt:**

Datum

Unterschrift des Ausgeschiedenen