Erklärung zur Zahlung von Versorgungsbezügen
Teil A - Angaben aus dem Dienstverhältnis

vom Mitglied auszufüllen

RZVK des Saarlandes
Ruhegehaltskasse
Fritz-Dobisch-Str. 12
66111 Saarbrücken

Bitte füllen Sie dieses Formular elektronisch aus und übermitteln Sie es unterschrieben per Fax (0681/40 00 3 710) an die Ruhegehaltskasse.

Dienstbezüge

Name, Vorname		Amtsbezeichnung
Grundgehalt aus der Besoldungsgruppe	Stufe	BDA/Datum Erfahrungsstufe
Stufe des Familienzuschlags	Ehegatte Beamtin/Beamter? ☐ nein ☐ ja	

Nur bei beamteten Ehegatten:
Familienzuschlag besteht ☐ voll ☐ zur Hälfte
Versorgungsdienststelle und Personalnummer des Ehegatten

Ruhegehaltfähige Zulage(n)
☐ Allgemeine Stellenzulage ☐ Amtszulage ☐ _____

Der/Die Versorgungsberechtigte ist/war begrenzt dienstfähig nach § 27 BeamtStG i.V.m. § 48 SBG ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, mit _____ v. H. der regelmäßigen Arbeitszeit vom _____ bis _____

Angaben zur Ruhestandsversetzung

Versetzung in den Ruhestand zum:

Grund der Ruhestandsversetzung:

Verfügung zugestellt/ausgehändigt am:

Kinder

Hat die Beamtin oder der Beamte Kinder? ☐ nein ☐ ja

	Vorname, Name des Kindes	Geburtsdatum	Kindschaftsverhältnis zum Beamten/zur Beamtin
1			
2			
3			

Kindergeldberechtigt sind die Kinder Nr: _____

Name des Kindergeldbeziehers _____ Name der Familienkasse _____

Bitte Nachweise beifügen!

Datei: R2_ErklVersbezRuhest Version vom: 17. Mär 2025

Steuermerkmale

Steuerklasse	Konfession	eingetr.Kinder	Monatsfreibetrag	Jahresfreibetrag

Steuerliche Identifikationsnummer (Id-Nr.)

Unfall

Der Eintritt des Versorgungsfalles ist auf einen Unfall zurückzuführen	☐ nein	☐ ja
Kann ein Dritter für den Unfall haftpflichtig gemacht werden? (Wenn ja, Abtretungserklärung erforderlich!)	☐ nein	☐ ja
Wurde ein Verfahren eingeleitet?	☐ nein	☐ ja

Angaben zum Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis

☐ Mitglied bei einer gesetzlichen Kranken-/Pflegeversicherung

☐ Mitglied bei einer privaten Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Kranken-/Pflegeversicherung	Versicherungsnummer

Sozialversicherungsnummer (nur erforderlich bei gesetzlich Versicherten)

Abtretungen / Pfändungen

Es liegen Abtretungen/Pfändungen vor ☐ nein ☐ ja **Bitte Nachweis beifügen!**

Mitglied

Mitgliedsnummer	Mitglied
Sachbearbeiter	Telefon

Ort, Datum	Unterschrift des Sachbearbeiters

Datei: R2_Erk\VersbezRuhest Version vom: 17. Mär 2025

Formular drucken **Formular leeren**