BVK Bayerische Versorgungskammer

☐ **Nachmeldung**

☐ **Berichtigungsmeldung**

0 Wird von der Zusatzversorgungskasse ausgefüllt!

Änd.-Schlüssel Jahresmeldung B

1 **Versicherungsnummer** (sofern bereits früher zugeteilt)

2 **Zu- und Vorname** des Arbeitnehmers

3 **Aktenzeichen des Arbeitgebers**

4 **Geburtsdatum**

5 Bezeichnung des **Arbeitgebers**

6 **Mitgliedsnummer**

7 **Versicherungsabschnitte** Beginn Tag Monat Jahr	Ende Tag Monat Jahr	8 Versicherungs-Art (Rückseite Nr. 8 beachten!)	9 Zusatzversorgungspflichtiges **Regelentgelt** (z.B. Kz 10,13,14) **Sonderentgelt** (Kz 12) DM Pf	10 **Umlage** DM Pf	11 Erhöhungsbetrag (Kz 16) zusätzliche Umlage (Kz 17) Sonderzahlung (Kz 24,76) erhöhte zusätzliche Umlage (Kz 57) DM Pf	12 Bestand **Rentenversicherungspflicht?** (Bitte Rückseite Nr. 12 beachten!) Ja Nein	13 Nur bei **Teilzeitbeschäftigung** ausfüllen! Wöchentl. Arbeitszeit in Stunden Bei Vollbeschäftigung	14 Vertraglich vereinbart	15 Anzahl der **Mehr-Stunden** im Versicherungsabschnitt (nur eintragen vom 1.1.1982 bis 31.12.1984)	16 Jahr des Zufließens des Entgelts (Bitte Rücks. Nr. 16 beachten!)
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				
						☐ ☐				

17 Die Umlagen, die Erhöhungsbeträge, zusätzliche Umlagen, Sonderzahlungen und Beiträge werden/wurden **überwiesen** am Tag Monat Jahr

18 Nur bei Nachmeldung ausfüllen !

Erfolgte die rückwirkende Anmeldung wegen Verlängerung eines **befristeten Arbeitsverhältnisses** (§17 Abs. 1 Satz 2 der Satzung)? ☐ ja ☐ nein

Arbeitgeberzuschüsse bzw. Arbeitgeberanteile zu einer berufsständischen Versorgungseinrichtung im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI (z.B. Ärzteversorgung), zu einer Lebensversicherung und/oder zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung

Anlage ☐ Anmeldung ☐ Abmeldung

19 **Zuschußversicherungsabschnitte** Beginn Tag Monat Jahr	Ende Tag Monat Jahr	20 Versicherungs-Art	21 **Gesamtbeitrag** DM Pf	22 **Arbeitgeberzuschuß bzw. Arbeitgeberanteil** DM Pf

Datum, Stempel und Unterschrift des **Arbeitgebers**

20.02.2020

Telefonnummer des Sachbearbeiters (bitte stets angeben!)

Eingabe löschen