

Kirchliche Zusatzversorgungskasse  
des Verbandes der Diözesen Deutschlands  
Postfach 102064  
50460 Köln

– Wird von der Kasse ausgefüllt –  
Eingangsstempel

--	--	--	--	--	--

Abrechnungsstellen-Nr.:

## Änderungen zur Beteiligung

### Einrichtung

Name der Einrichtung

---

### Name/Bezeichnung der Einrichtung

Hat sich der Name der Abrechnungsstelle (AS) geändert?

Neue Bezeichnung

---

### Adressänderung

Hat sich die Adresse der AS geändert?

Neue Adresse

---

### Rechtsträgerwechsel

Wurde die AS von einem anderen Rechtsträger übernommen?

---

Name des neuen Rechtsträgers

---

Bleibt die bisherige AS weiterhin bestehen?

Ja

Nein

Ist der neue Rechtsträger bereits bei unserer Kasse beteiligt?

Ja

Nein

Neuer Antrag auf Beteiligung erforderlich

Beteiligter/Mitglied bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung

Angabe der AS-Nr.

Zusatzversorgungseinrichtung

### Gesellschafterwechsel

Hat es Änderungen in der Gesellschafterstruktur gegeben?

Neuer Gesellschafter

---

Bitte eine Kopie des aktuellen Gesellschaftsvertrages und des Handelsregistrauszugs beifügen - Danke!



ZVRF019

--	--	--	--	--	--	--

Abrechnungsstellen-Nr.

### Rechtsformänderung

In welcher geänderten Rechtsform wird die AS derzeit geführt bzw. künftig geführt?

\_\_\_\_\_  
Datum der Änderung

GmbH

Verein

\_\_\_\_\_  
Sonstige Rechtsformen

### Formwechselnde Umwandlung

Wurde die Einrichtung umgewandelt (z.B. Von Verein in GmbH etc.)?

Bitte eine Kopie des Umwandlungsbeschlusses beifügen  
- Danke!

\_\_\_\_\_  
Name der umgewandelten Einrichtung

### Zusammenlegung von AS

Verschmelzung

Werden oder wurden Einrichtungen verschmolzen?

Bitte eine Kopie des Verschmelzungsvertrages beifügen  
- Danke!

\_\_\_\_\_  
Übertragender Rechtsträger

\_\_\_\_\_  
Übernehmender Rechtsträger

Fusion von Einrichtungen

Welche Einrichtungen werden oder wurden zusammengelegt?

Bitte eine Kopie des Betriebsübertragungsvertrages beifügen - Danke!

\_\_\_\_\_  
AS-Nr. die fusionieren

### Übernahme von Einrichtungen

Werden oder wurden Einrichtungen bzw. Einrichtungsteile anderer Rechtsträger übernommen, die bisher nicht bei unserer Kasse beteiligt sind?

Bitte eine Kopie des Übernahmevertrages beifügen - Danke!

Ja     **Beteiligter/Mitglied bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Angabe der Zusatzversorgungseinrichtung

**Mitglied bei einer anderen Einrichtung der betrieblichen Altersversorgung**

\_\_\_\_\_  
Angabe Versicherung

Nein

### Beendigung der AS

Ist beabsichtigt, die Einrichtung aufzulösen oder Teile der Einrichtung zu schließen?

Bitte fügen Sie einen Nachweis (z.B. Handelsregisterauszug oder Vereinsregisterauszug) bei. Vielen Dank!

\_\_\_\_\_  
Datum der Auflösung



Ort, Datum

Unterschrift