

Kirchliche Zusatzversorgungskasse
des Verbandes der Diözesen Deutschlands
Postfach 102064
50460 Köln

– Wird von der Kasse ausgefüllt –
Eingangsstempel

Erklärung zur Übertragung nach § 4 BetrAVG der folgenden Versicherung Schweigepflichtsentbindungserklärung

Bisherige Versicherungs-Nr./Vertrags-Nr.

Name Versicherter/Arbeitnehmer

Bisheriger Arbeitgeber

Bisheriger Versorgungsträger/Bisherige Versicherung

Neuer Arbeitgeber

Der vorhandene Kapitalwert aus der oben genannten Versicherung soll übertragen werden auf den freiwilligen Versicherungsvertrag bei der Kirchlichen Zusatzversorgungskasse Köln.

Ich bitte die oben genannte Versicherung ausdrücklich darum, der KZVK Köln hierzu sämtliche Versicherungsdaten zur Verfügung zu stellen, die für die Berechnung bzw. Übertragung notwendig sind.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des bisherigen Arbeitgebers
(falls noch Versicherungsnehmer)

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des neuen Arbeitgebers/Versicherungsnehmers

Ort, Datum

Unterschrift versicherter Arbeitnehmer

