Formular zurücksetzen

Ehrlich. Effizient. Sicher.

Die Katholische Zusatzversorgungskasse

– Wird von der Kasse ausgefüllt –
Eingangsstempel

Kirchliche Zusatzversorgungskasse
des Verbandes der Diözesen Deutschlands
Postfach 102064
50460 Köln

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

ZVKF022

Stand: 1.1.2017

Kirchliche Zusatzversorgungskasse des Verbandes der Diözesen Deutschlands, Anstalt des öffentlichen Rechts Am Römerturm 8 · 50667 Köln · Telefon 0221 2031-0 · Fax 0221 2031-367 · Internet www.kzvk.de · E-Mail kontakt@kzvk.de