

Kirchliche Zusatzversorgungskasse  
des Verbandes der Diözesen Deutschlands  
Postfach 102064  
50460 Köln

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNGSERKLÄRUNG

SEITE 1

Versicherungs- und Vertrags-Nr. der KZVK:

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

### Erklärung zur Übertragung nach §4 BetrAVG der folgenden Versicherung

Name:

Vorname:

Bisherige Vertrags-Nr. / Versicherungs-Nr.:

Bisheriger Arbeitgeber:

Neuer Arbeitgeber:

Der vorhandene Kapitalwert aus der oben genannten Versicherung soll übertragen werden auf den

Versicherungsvertrag Mehrwert bei der KZVK mit der Versicherungs-Nr.:

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

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

Ort, Datum:

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

Stempel und Unterschrift des bisherigen Arbeitgebers:

Ort, Datum:

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

Stempel und Unterschrift des neuen Arbeitgebers:

Ort, Datum:

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

Unterschrift der versicherten Person: