



Urschriftlich zurück an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Zusatzversorgungskasse
Carl-Miller-Str. 7
39112 Magdeburg

Versicherungsnummer:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Fax-Nr.: 0391 62570-299

**Erforderliche Vertragsdaten
für die elektronische Datenübermittlung an die Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)**

Als Zusatzversorgungskasse sind wir nach § 10a Abs. 5 Einkommensteuergesetz (EStG) verpflichtet, Ihren Altersvorsorgebeitrag an die ZfA zu übermitteln. Daher benötigen wir von Ihnen zwingend die nachfolgenden Daten. Nur mit Bekanntgabe Ihrer Daten können wir unserer Verpflichtung ordnungsgemäß nachkommen.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden!

Steueridentifikationsnummer:

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

Geburtsort:

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r