Zusatzversorgungskasse

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts
DER GESCHÄFTSFÜHRER

Urschriftlich zurück an

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

Formular löschen

Beitrags- und Risikoänderung Riester-Rente

1. Angaben zur/zum Versicherten

Name, Vorname

Versicherungsnummer ZVK

Geburtsname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort/Ortsteil

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)

2. Änderung des versicherten Risikos

Das versicherte Risiko soll ab dem __.__.____ wie folgt geändert werden:

- ☐ nur eigene Altersvorsorge
- ☐ eigene Altersvorsorge mit Hinterbliebenenversorgung
- ☐ eigene Altersvorsorge mit Absicherung bei Erwerbsminderung
- ☐ eigene Altersvorsorge mit Absicherung bei Erwerbsminderung und mit Hinterbliebenenversorgung

3. Änderung des Beitrages

Der Beitrag soll ab dem __.__.____ wie folgt geändert werden:

- ☐ monatlich gleich bleibender Betrag ab dem __.__.____ in Höhe von _____ €
- ☐ jährliche Einmalzahlung ab dem __.__.____ in Höhe von _____ €
- ☐ einmalige Zahlung am __.__.____ in Höhe von _____ €

Ort, Datum **Unterschrift Versichert/e**

Hinweise zum Datenschutz

Zur Erfüllung der der ZVK übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten finden Sie auf der Internetseite https://www.kvsa-magdeburg.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gern per Post zu.