



Urschriftlich zurück an

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

oder per Fax an **0391 62570-299**

Widerruf des Dauerzulagenantrages

Angaben zur Versicherten/zum Versicherten

Name

Vorname

Geburtsname

Versicherungsnummer bei der ZVK

Geburtsdatum

Geburtsort

E-Mail (freiwillige Angabe)

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Hiermit widerrufe ich meinen Dauerzulagenantrag auf Riesterförderung.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

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.