

Urschriftlich zurück an

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

Beitrags- und Risikoänderung Arbeitgeberhöherversicherung

1. Angaben zum Mitglied

Name										Mitgliedsnummer			
Straße, Hausnummer										Postleitzahl, Ort/Ortsteil			
Telefon zuständige/r Personalsachbearbeiter/in					E-Mail zuständige/r Personalsachbearbeiter/in								

2. Angaben zur/zum Beschäftigten

Name, Vorname										Versicherungsnummer ZVK			
Geburtsname										Geburtsdatum			
Straße, Hausnummer					Postleitzahl, Ort/Ortsteil								
Telefon (freiwillige Angabe)					E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)								

3. 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 Arbeitgeber

Ort, Datum; Unterschrift Beschäftigte/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.