

Urschriftlich zurück an

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

Beitrags- und Risikoänderung Entgeltumwandlung

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber der/des Versicherten in Absprache mit der/dem Versicherten auszufüllen.

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 Versicherten

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.