

Anlage E (Muster)

Kommunaler Versorgungsverband Brandenburg
Zusatzversorgungskasse
Postfach 1209

16771 Gransee

Anmeldung zur freiwilligen Versicherung (Entgeltumwandlung)

1. Der Arbeitgeber

.....

meldet im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages - Nr.:

folgende/n Beschäftigte/n zur freiwilligen Versicherung mit Wirkung zum

an: Frau/Herr

.....

Straße:

Postleitzahl

Ort

.....

2. Im Rahmen der freiwilligen Versicherung sollen bei der Zusatzversorgungskasse folgende Leistungen versichert werden:

Altersrente
Erwerbsunfähigkeitsrente
Hinterbliebenenrente

3. Die Beiträge werden

monatlich in Höhe von

EUR

Cent

jährlich zum

in Höhe von

EUR

Cent

und jährlich zum

in Höhe von

EUR

Cent

überwiesen.

....., den

.....

Unterschrift (Arbeitgeber)

ZVK-Mitgliedsnummer

ZVK-Versicherungs-Nr.