zvk

ZUSATZVERSORGUNGSKASSE

der gemeinden und gemeindeverbände
in darmstadt

Zusatzversorgungskasse der
Gemeinden und Gemeindeverbände
Postfach 11 15 61
64230 Darmstadt

Formular drucken

Antrag auf Erstattung von Beiträgen

Mitgliedsnummer	Versicherungsnummer

Name der/des Versicherten	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
IBAN	BIC
Name und Sitz des Geldinstituts	

Die Beitragserstattung ist nur zulässig, wenn die Wartezeit von 60 Kalendermonaten zum Ende der Pflichtversicherung noch nicht erfüllt ist.

Erstattete Beiträge können nicht wieder eingezahlt werden.

Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Ich habe die vorstehenden Erläuterungen zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich nicht bei einer anderen Zusatzversorgungseinrichtung versichert bin.

Ort und Datum	Unterschrift der/des Versicherten