



Antwort an:

KVK Zusatzversorgungskasse
Kölnische Str. 42
34117 Kassel

Fax-Nr. 0561- 97966-553

E-Mail: zvk@kvk-kassel.de

Name	Vorname		
Geburtsname	Geburtsdatum	☐ männlich	☐ weiblich ☐ divers
Straße			
PLZ	Ort		
Bezeichnung des Arbeitgebers		Versicherungsnummer ZVK - falls bekannt-	

☐ **Bitte schicken Sie mir ein persönliches Angebot mit folgenden Vorgaben:**

Monatlicher Beitrag €

Mein Bruttojahreseinkommen wird in diesem Jahr ca. € betragen.

Meine Steuerklasse ist

Versicherungsbeginn: (frühestens der Erste des Folgemonats) 01.

Geburtsdaten meiner Kinder:

☐ **Ich möchte beraten werden. Bitte rufen Sie mich an.**

Ich bin tagsüber unter der Tel-Nr. erreichbar.

Ich bin damit einverstanden, dass die KVK Zusatzversorgungskasse meine persönlichen Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Sinne des Hessischen Datenschutzgesetzes/ des Bundesdatenschutzgesetzes (HDSG/BDSG) speichert und verarbeitet.

Ort, Datum, Unterschrift