

Antwort an:

KVK ZusatzVersorgungskasse  
Postfach 10 41 44  
34041 Kassel

Fax-Nr. 0561- 97966-553  
E-Mail: zvk-angebot@kvk-kassel.de

Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße		
<input type="text"/>		
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bezeichnung des <b>Arbeitgebers</b>	Versicherungsnummer ZVK - falls bekannt-	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Monatlicher Beitrag  €

Mein Bruttojahreseinkommen wird in diesem Jahr ca.  € betragen.

Meine Steuerklasse ist  .

Geburtsdatum meines Ehegatten/Lebensgefährten oder eingetr. Lebenspartners:

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