



Antwort an:

KVK Zusatzversorgungskasse  
Kölnische Str. 42  
34117 Kassel

Fax-Nr. 0561- 97966-553

E-Mail: zvk@kvk-kassel.de

Name	[ ]			Vorname	[ ]			
Geburtsname	[ ]			Geburtsdatum	[ ]	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Straße								
[ ]								
PLZ	Ort							
[ ]	[ ]							
Bezeichnung des <b>Arbeitgebers</b>					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