

Sozialversicherungsnummer (10-stellig) :

Vorname:

Nachname:

APK Vorsorgekasse AG
Thomas-Klestil-Platz 1
1030 Wien

per Fax: (0) 50 275 5609
per E-Mail: office@apk-vk.at

Übertragung nach § 17 Abs. 2a BMSVG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte über meinen Vorsorgebetrag nach § 17 Abs. 2a BMSVG verfügen und beantrage die Übertragung des Guthabens auf meine aktuelle Vorsorgekasse:

VBV – Vorsorgekasse AG
Leitzahl 71.600

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift