

Zusatzversorgungskasse Thüringen  
Steile Hohle 6

Fax.-Nr.: (0 34 66) 33 64-55

06556 Artern

**Ja, bitte erstellen sie mir eine unverbindliche Modellrechnung zur Entgeltumwandlung.**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Steuerklasse \_\_\_\_\_ (freiwillige Angabe)  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ (tagsüber)  
Versicherungsnummer  
bei der ZVK Thüringen \_\_\_\_\_

---

Wählen Sie eines der folgenden Modelle:

- Ich möchte ab ..... monatlich gleich bleibend .....Euro zahlen.  
 Ich möchte eine jährliche Einmalzahlung am ..... i. H. v. ....Euro zahlen.

**Bei eventuell auftretenden Fragen wenden Sie sich bitte an unser Servicetelefon  
03466/3364-85**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift