



Kommunale
Versorgungskassen
Westfalen-Lippe

Zusatzversorgung

Kommunale Zusatzversorgungskasse Westfalen-Lippe
Postfach 4629
48026 Münster

Antrag auf Mitgliedschaft in der Kommunalen Zusatzversorgungskasse Westfalen-Lippe (kvw-Zusatzversorgung)

Der/Die _____

mit Sitz in _____

Tel.-Nr.: _____

Vertreten durch: _____

beantragt die Aufnahme als Mitglied in den **Abrechnungsverband II der kvw-Zusatzversorgung**.

Die Mitgliedschaft soll am _____ beginnen.

Den Tarifvertrag über die zusätzliche Altersvorsorge der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes (Altersvorsorge-TV-Kommunal – ATV-K vom 1.3.2002, in Kraft getreten rückwirkend ab 1.1.2001) in seiner jeweils gültigen Fassung sowie künftige Änderungsverträge zu diesem Tarifvertrag

- wenden wir tarifvertraglich an.¹⁾
- verpflichten wir uns, allgemein einzelvertraglich anzuwenden.¹⁾

_____,den _____

Siegel

Unterschrift

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben

Name in Druckbuchstaben

¹⁾ Bitte Zutreffendes jeweils ankreuzen.