

Kommunale Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe  
kvw-Zusatzversorgung  
Postfach 4629  
48026 Münster

## PlusPunktRente - Änderungsmitteilung

Bitte nur Kopien beifügen. Unterlagen nicht klammern oder heften.

kvw-Versichertennummer

Vertragsnummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon

E-Mail

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich wünsche folgende Beitragsanpassung

monatlich einen Betrag von \_\_\_\_\_ € ab dem \_\_\_\_\_

jährlich einen Betrag von \_\_\_\_\_ € ab dem \_\_\_\_\_

einmalig einen Betrag von \_\_\_\_\_ € am \_\_\_\_\_

Änderung Arbeitgeberzuschuss \_\_\_\_\_ €

monatlich                      jährlich                      ab dem \_\_\_\_\_

Beitragsfreistellung                      ab dem \_\_\_\_\_

Gilt nur für Verträge mit Vertragsbeginn bis 1.12.2009 einschließlich Änderung des versicherten Risikos ab dem \_\_\_\_\_

Hinterbliebenenversorgung:                      Einschluss                      Ausschluss

Erwerbsminderung:                      Einschluss                      Ausschluss

**Hinweise zum Datenschutz:**

Zur Erfüllung der den kvw übertragenen Aufgaben werden personenbezogene Daten unter Einhaltung der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen verarbeitet. Informationen zum Datenschutz und Ihren damit verbundenen Rechten entnehmen Sie bitte der folgenden Internetseite unter <https://www.kvw-muenster.de/datenschutz-hinweise>.  
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Hinweise auch gerne per Post zu.

Datum, Unterschrift

---

Bei einer Änderung zu Ihrer PlusPunktRente im Rahmen der Entgeltumwandlung ist die Zustimmung des Arbeitgebers erforderlich.

Zustimmung erteilt

---

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Haben Sie Fragen? Tel. (0251) 591-5566 // [versicherung@kvw-muenster.de](mailto:versicherung@kvw-muenster.de)**