

Sozialversicherungsnummer (10stellig) :
Vorname:
Zuname:

BUAK Betriebliche Vorsorgekasse GmbH  
Kliebergasse 1a  
1050 Wien

per Fax: (05) 79 579 93099  
per E-Mail: [buak-bvk@buak.at](mailto:buak-bvk@buak.at)

### **Übertragung gemäß § 17 Abs. 2a BMSVG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

**VBV - Vorsorgekasse AG**  
Leitzahl 71.600

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift