

Sozialversicherungsnummer (10stellig) :
Vorname:
Zuname:

Niederösterreichische Vorsorgekasse AG
Neue Herrengasse 10
3100 St. Pölten

per Fax: (02742) 90 555 71 20
per E-Mail: office@noevk.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