

Sozialversicherungsnummer (10stellig) :
Vorname:
Zuname:

APK Vorsorgekasse AG
Thomas-Klestil-Platz 1
1030 Wien

per Fax: (0) 50 275 1109
per E-Mail: office@apk-vk.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