



Kommunale  
Versorgungskassen  
Westfalen-Lippe

**Zusatzversorgung**

Kommunale Zusatzversorgungskasse Westfalen-Lippe  
kvw-Zusatzversorgung  
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 der **freiwilligen Versicherung**.

Die Mitgliedschaft soll am \_\_\_\_\_ beginnen.

Der Inhalt des Mitgliedsverhältnisses richtet sich nach der Satzung der kvw-Zusatzversorgung und den allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) in den jeweils geltenden Fassungen.

\_\_\_\_\_ ,den

\_\_\_\_\_  
Siegel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben