Zusatzversorgungskasse
für die Gemeinden und Gemeindeverbände
in Wiesbaden
Welfenstr. 2
65189 Wiesbaden
Servicetelefon: 0611 845-888
Fax: 0611-845-77599

KDZ
KOMMUNALES DIENSTLEISTUNGSZENTRUM
PERSONAL & VERSORGUNG

Anfrage Modellrechnung PlusPunktRente

Name	Vorname	Versicherungsnummer
Geschlecht	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Bezeichnung Arbeitgeber	Mitgliedsnummer des AG	Abrechnungsnummer

---

☐ **Entgeltumwandlung**
Beitrag monatlich _____ €

☐ **Riesterförderung**

☐ mit den entsprechenden Beiträgen für die maximale Zulage

☐ mit steuerlich gefördertem Höchstbeitrag

☐ mit einem frei gewählten Beitrag von monatlich (mind. 10 €) _____ €

Das sozialversicherungspflichtige Vorjahresbrutto beträgt: _____ €

Kinder, für die ein Anspruch auf Kindergeld besteht:

Kind 1	**Kind 2**	**Kind 3**
Name	**Name**	**Name**
Vorname	**Vorname**	**Vorname**
Geburtsdatum	**Geburtsdatum**	**Geburtsdatum**
berücksichtigt bis	**berücksichtigt bis**	**berücksichtigt bis**

☐ **ohne staatliche Förderung**
Beitrag monatlich (mind. 10 €) _____ €

Ausdruck mit einem Durchschlag

Datum _____ Unterschrift _____