1020 Wien, Obere Donaustraße 49 – 53, Tel: 01/217 01 -8500, Fax: 01/217 01 78260,
E-Mail: vertrag@vorsorgekasse.at, Internet: www.vorsorgekasse.at, BVK-Leitzahl: 71600

VBV Vorsorgekasse

Datenänderung zum Vertrag

Vertragsnummer:
Arbeitgeber/Selbständige(r) bzw. Firmenwortlaut:

Firmenwortlautänderung: ☐	
Arbeitgeber/Selbständige(r)bzw. Firmenwortlaut:	
Ansprechpartner:	
Firmenwortlautänderung von:	
auf:	

Adressänderung: ☐	
Alte Adresse:	
Neue Adresse / Straße:	
PLZ:	Ort:

E-Mail:	Internet:
Telefon:	Fax:
Anzahl Mitarbeiter:	Branche:

Mitarbeitervorsorge: bitte unbedingt um Angabe von Gebietskrankenkasse und Beitragskontonummer(n):	
Gebietskrankenkasse	**Beitragskontonummer**

Selbständigenvorsorge: Personen, die Beiträge über die SVA abführen (z.B. Inhaber, Geschäftsführer) d.h., die nach GSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert sind	
Name	**Sozialversicherungsnummer (10stellig)**

Unbedingt notwendige Unterlagen:

- **Kopie eines gültigen amtlichen Lichtbildausweises** (Führerschein, Reisepass, Personalausweis) des Firmeninhabers/des Selbständigen bzw. der/des Zeichnungsberechtigten. Bei Ausweisen im Scheckkartenformat legen Sie bitte eine Kopie der Vorder- und Rückseite bei.

Bei juristischen Personen (AG, GmbH, KG, OG,…) zusätzlich

- **Aktueller Auszug aus Firmenbuch / Vereinsregister/ Handelsregister (nicht älter als 6 Monate)**
- **Erklärung über den wirtschaftlichen Eigentümer** gem. § 5 Finanzmarkt-Geldwäschegesetz (FM-GwG) unter http://www.vorsorgekasse.at/template/vbv/download/antraege/vbv_vk_wirtschaftlicher_eigentuemer.pdf
  Nur auszufüllen bei juristischen Personen, Vereinen, Stiftungen.

Unterschrift der(s) Firmeninhabers bzw. Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum, Firmenstempel/Unterschrift Firmeninhabers bzw. Zeichnungsberechtigten (firmenmäßige Zeichnung)

FN 224801s Handelsgericht Wien DVR 2108521

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an vertrag@vorsorgekasse.at oder per Post an VBV- Vorsorgekasse AG, Obere Donaustraße 49 – 53, 1020 Wien