

Sozialversicherungsnummer (10-stellig) :

Vorname:

Nachname:

Niederösterreichische Vorsorgekasse AG  
Neue Herrengasse 10  
3100 St. Pölten

per Fax: 02742 90 555 7120  
per E-Mail: office@noevk.at

### **Übertragung nach § 17 Abs. 2a BMSVG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte über meinen Vorsorgebetrag nach § 17 Abs. 2a BMSVG verfügen und beantrage die Übertragung des Guthabens auf meine aktuelle Vorsorgekasse:

**VBV – Vorsorgekasse AG**  
Leitzahl 71.600

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift