

Mitglied

Name, Vorname	Geburtsdatum	Mitgliedsnr.																					
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort																					
Steuer-Identifikationsnummer																							
<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							

Bankverbindung für die Auszahlung

Kreditinstitut (Name) _____

Kreditinstitut (BIC) _____

IBAN D E

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Krankenversicherung

gesetzlich krankenversichert privat krankenversichert (**Nachweis** erforderlich)

Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind:

Ich habe Kinder Gesetzlich Versicherte mit Elterneigenschaft zahlen keinen Zuschlag zur
 Ich bin kinderlos Pflegeversicherung (**Nachweis erforderlich!**)

Name der Krankenkasse: _____

Ort der Krankenkasse: _____

Rentenversicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erklärung

Ich beauftrage das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, **überzahlte Rentenbeträge**, die mir in Folge meines Ablebens nicht mehr zustehen, an die Pensionskasse der Caritas VVaG zurückzuzahlen, soweit Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Sollte die Rückzahlung mangels Guthaben nicht oder nicht vollständig möglich sein, dann beauftrage ich das jeweils kontoführende Geldinstitut, auch mit Wirkung gegenüber meinen Erben, der Pensionskasse die Namen und Anschriften der neuen Kontoinhaber und derjenigen zu nennen, die über den Betrag verfügt haben.

Erforderliche Unterlagen

- Bitte reichen Sie die folgenden Unterlagen vollständig ein:
- Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder Ihrer Geburtsurkunde
 - Nachweis der Elterneigenschaft (Kopie Geburtsurkunde eines Ihrer Kinder)
 - Vollständiger Rentenbescheid der Gesetzlichen Rentenversicherung (Erstbescheid und Folgebescheide) **im Original oder als beglaubigte Kopie**

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift
✘	✘

Bitte senden Sie dieses Formular sowie die ggf.
erforderlichen Unterlagen

- **Per Brief**
an nebenstehende Anschrift

-oder-

- **Per FAX** an die Nummer:
0221 46015-47

Pensionskasse der Caritas VVaG
- Bestandsverwaltung -
Postfach 41 01 20
50861 Köln