

### Verstorbenes Mitglied

Name, Vorname	Geburtsdatum	Mitgliedsnr.
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Sterbedatum		

### Anspruchsberechtigter Ehepartner

Name, Vorname	Geburtsdatum	Mitgliedsnr. (falls vorhanden)																				
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></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
- Ich bin kinderlos

Gesetzlich Versicherte mit Elterneigenschaft zahlen keinen Zuschlag zur Pflegeversicherung (**Nachweis erforderlich!**)

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ort der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer:

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

### Erforderliche Unterlagen

Bitte reichen Sie die folgenden Unterlagen vollständig ein:

- Sterbeurkunde des Mitglieds (falls nicht bereits vorliegend)
- Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder Ihrer Geburtsurkunde
- Nachweis der Elterneigenschaft (Kopie Geburtsurkunde eines Ihrer Kinder)
- Kopie der Heiratsurkunde

**Bitte wenden →**

## 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.

## Unterschrift

Ort, Datum  X	Unterschrift des Antragstellers  X
---------------------	--

- Bitte senden Sie dieses Formular sowie die ggf. erforderlichen Unterlagen
- **Per Brief** an nebenstehende Anschrift
  - **Per FAX** an die Nummer:  
-oder-  
0221 46015-47
  - **Per E-Mail** an die Adresse:  
-oder-  
service@pensionskasse-caritas.de

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