

**Verstorbenes Mitglied**

<b>Name, Vorname</b> «MG_Titel» «MG_Nachname», «MG_Vorname»	<b>Geburtsdatum</b> «MG_Geb_Dat»	<b>Mitgliedsnr.</b> «MG_Mitgliedsnr»
<b>Straße und Hausnummer</b> «MG_Adresse» «Hausnummer»	<b>Postleitzahl</b> «MG_PLZ»	<b>Ort</b> «MG_Stadt»
<b>Sterbedatum</b> «MG_SterbeDat»		

**Erziehungsberechtigter / Vormund**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort</b>

**Anspruchsberechtigtes Kind**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>																					
<b>Straße und Hausnummer</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort</b>																				
<b>Steuer-Identifikationsnummer</b> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					<input type="checkbox"/> Halbweise <input type="checkbox"/> Vollweise	

**Bankverbindung für die Auszahlung**

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (BIC) \_\_\_\_\_

IBAN D E 

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

**Krankenversicherung**

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

**Die folgenden Angaben sind nur erforderlich, wenn das Kind gesetzlich krankenversichert ist:**

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

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

Rentenversicherungsnummer des Kindes: 

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

**Angabe erforderlich, sofern das gesetzlich versicherte Kind das 23. Lebensjahr vollendet hat:**

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

**Bitte wenden →**

### Erforderliche Unterlagen

Bitte reichen Sie die folgenden Unterlagen vollständig ein:

- Sterbeurkunde des Mitglieds (falls nicht bereits vorliegend)
- Falls Vollwaise: Sterbeurkunde des anderen Elternteils
- Kopie der Geburtsurkunde des Kindes
- Falls volljährig: Schul-, Ausbildungs- oder Studienbescheinigung

### 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  <b>X</b>	Unterschrift des volljährigen Kindes / Erziehungsberechtigten  <b>X</b>
----------------------------	--

- Bitte senden Sie dieses Formular sowie die ggf. erforderlichen Unterlagen
- **Per Brief** an nebenstehende Anschrift
  - **Per FAX** an die Nummer: 02234 9191-159
  - **Per E-Mail** an die Adresse: BV@pk-caritas.de

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