

Kirchliche Zusatzversorgungskasse
des Verbandes der Diözesen Deutschlands
Postfach 102064
50460 Köln

ÄNDERUNG DER BANKVERBINDUNG

SEITE 1

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK:

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

oder Renten-Nr. der KZVK:

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

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

2. Freiwillige Angaben für Rückfragen

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Ihre Versicherungs-Nr. der KZVK:

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

oder Renten-Nr. der KZVK:

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

4. Angaben zur ausländischen Bankverbindung

Kontoinhaber/in – falls es sich nicht um das Konto der Rentnerin/des Rentners handelt:

--

Name der Bank:

--

Straße und Hausnummer der Bank:

--

Postleitzahl und Ort der Bank:

--

Land der Bank:

--

IBAN / Kontonummer:

--

SWIFT/BIC:

--

Weitere Bankangaben (Routing-No., IFSC-Code):

--

Erklärung der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Mir/Uns ist bekannt, dass zu viel erhaltene Leistungen an die KZVK zurückgezahlt werden müssen. Dies gilt auch für Beträge die nach dem Tod der Rentnerin/des Rentners von der KZVK überwiesen werden und der/dem Verstorbenen nicht mehr zustehen. Deshalb ermächtige ich/ermächtigen wir die KZVK, diese Beträge von der jeweils kontoführenden Bank zurückzufordern. Parallel beauftrage ich/beauftragen wir die jeweils kontoführende Bank, diese Beträge an die KZVK zurückzuüberweisen.

Ich willige/Wir willigen ein, das die KZVK die Rückzahlung veranlassen darf. Hierfür trete ich/treten wir meinen/ unseren Anspruch auf Durchführung dieses Rückzahlungsauftrags an die KZVK ab. Ich entbinde/Wir entbinden die jeweils kontoführende Bank insoweit vom Bankgeheimnis, als dies für die Korrespondenz der Bank zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist. Die Entbindung bezieht sich insbesondere auf Namen und Anschriften von Personen, die über den Betrag verfügt haben.

Diese Erklärung erfolgt mit Wirkung auch gegenüber den Erbinnen/Erben der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers.

Ort, Datum:

--

Unterschrift Kontoinhaber/in ggf. Stempel Einrichtung:

--

Ort, Datum:

--

Unterschrift Rentner/in oder versicherte Person:

--