

Kirchliche Zusatzversorgungskasse
des Verbandes der Diözesen Deutschlands
Postfach 102064
50460 Köln

ANGABEN/ÄNDERUNG NICHT-SEPA-BANKVERBINDUNG

SEITE 1

Renten-Nr. der KZVK:

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

1. Angaben zur Person

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Straße und Hausnummer:

PLZ:

Wohnort:

2. Freiwillige Angaben für Rückfragen

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Renten-Nr. der KZVK:

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

3. Angaben zur Nicht-SEPA-Bankverbindung*

Abweichende/r Kontoinhaber/in – falls es sich nicht um das Konto der versicherten Person handelt:

--

Name der Bank:

--

Straße der Bank:

Hausnummer der Bank:

--	--

PLZ der Bank:

Ort der Bank:

--	--

Region/Bundesstaat der Bank:

--

Land der Bank:

--

Kontonummer:

--

SWIFT/BIC:

Clearing-System-ID:

--	--

Member-ID:

--

*Bei Bankverbindungen im Ausland

Sie sind Kundin/Kunde bei einer Bank außerhalb des europäischen SEPA-Zahlungsverkehrsraums?

Dann senden Sie uns bitte als Anlage eine Bestätigung Ihrer Bank.

Renten-Nr. der KZVK:

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

Erklärung der Kontoinhaberin/des Kontoinhabers

Name:

Vorname:

Abweichende/r Kontoinhaber/in—falls es sich nicht um das Konto der versicherten Person handelt:

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, dass 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: