

Antrag auf ZusatzrentePLUS als Weiterversicherung mit SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Hiermit wird unter Fortgeltung der bisherigen Vertragsbedingungen die Weiterversicherung aufgrund des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis beantragt.

Angaben zur versicherten Person:

Vertragsnummer:

Name, Vorname:

Geburtsname: Geburtsdatum: Geburtsort:

Straße: Haus-Nr:

Postleitzahl: Ort:

Steuer-Identifikations-Nr: Staatsangehörigkeit:

Datum des Ausscheidens aus dem Arbeitsverhältnis:

T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zum Beitrag im Rahmen einer ZusatzrentePLUS

Monat des ersten Einzuges:

T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der Beitrag wird wie folgt bestimmt

€ Cent monatlich¹ vierteljährlich² halbjährlich³ jährlich⁴

Zahlungstermin: ¹ zum Monatsersten ² zum 01.01./01.04./01.07./01.10. ³ zum 01.01./01.07. ⁴ zum 01.01.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die KZVK Rheinland-Westfalen Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der KZVK Rheinland-Westfalen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE86ZZZ00000158568

Mandatsreferenz
KZVKFV

Ihre Versicherungsnummer

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname Name)

IBAN BIC*

* Hinweis: Seit 01.02.2014 kann die Angabe BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur ZusatzrentePLUS habe ich bei Abschluss der freiwilligen Zusatzversicherung erhalten und zur Kenntnis genommen. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bleiben Vertragsbestandteil

Datum

Unterschrift

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können diesen Antrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit Erhalt des Versicherungsscheins. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

**Kirchliche Zusatzversorgungskasse
Rheinland-Westfalen
Anstalt des öffentlichen Rechts,
vertreten durch die Vorstandsmitglieder,
Herrn Dr. Wolfram Gerdes und Herrn Hans-Rudolf von Campenhausen
Schwanenwall 11, 44135 Dortmund**

**E-Mail: fv-widerruf@kzv-k-dortmund.de
Fax: 0231 9578-409**

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz; die beiderseits empfangenen Leistungen sind zurückzugewähren.

Ort

Datum

Unterschrift
