

RZVK
Ruhegehalts- und
Zusatzversorgungskasse
des Saarlandes

**RZVK des Saarlandes
Zusatzversorgungskasse
Fritz-Dobisch-Str. 12
66111 Saarbrücken
GERMANY**

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten nach den Bestimmungen zum Datenschutz finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Homepage im Bereich Zusatzversorgung.

Zahlungserklärung / Payment declaration

Bitte vollständig ausgefüllt, auf der Rückseite unterschrieben und von der Bank bestätigt zurücksenden.
Please return fully completed and signed on the back side, and certified by the bank.

1. Persönliche Daten des Zahlungsempfängers Details of the beneficiary (= beneficiary of the pension)					
ZVK-Versicherungsnummer/ ZVK insurance number			ZVK-Mitgliedsnummer/ ZVK affiliate number		
Steuer-Identifikationsnummer/ tax identification number in Germany					
			(falls nicht bekannt bitte frei lassen)/ (if unknown, please leave it blank)		
Name/ Surname of the beneficiary			Vorname/ First name of the beneficiary		
Straße, Hausnummer/ Street, house number			Zustellvermerk/ c/o address addition		
Postleitzahl/ Postal code	Wohnort/ Place of residence		Land/ Country		

2. Bankverbindung	
Bank details	
Kontoinhaber (falls abweichend)/ Account owner (if not the beneficiary himself)	
Name und Sitz des Geldinstituts/ Name and address of financial institution	
BIC/ Bank Identifier Code	
IBAN/ International Bank Account Number	

Ich bin allein verfügbungsberechtigt über das genannte Konto.
I have exclusive right of disposal for the above account.

Eine Kontovollmacht über das Konto wurde erteilt für (bitte Zuname, Vorname, Familienverhältnis, Adresse des Bevollmächtigten hierunter angeben):

I have given another person power of attorney to manage the account (please give below the details of the person with power of attorney such as surname, first name, family relationship, address):

3. Erklärung Declaration

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

I declare that the claim is satisfied when the pension has been transferred in the manner indicated by me on this form.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beiträge an die ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken zurückzuüberweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

I undertake to inform the ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken immediately of any changes in my circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I undertake to pay back overpaid amounts to the ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken. For this purpose I have instructed the financial institution that keeps my account to return overpaid amounts by transfer to the ZVK, Fritz-Dobisch-Str. 12, 66111 Saarbrücken - this instruction also being effective for my heirs. It may only be revoked by myself and not by my heirs.

Datum
Date

Unterschrift des Zahlungsempfängers
Signature of the pension beneficiary

Unterschrift des Inhabers der Kontovollmacht
Signature of the person with power of attorney

4. Bestätigung des Bankinstituts Certification of the banking institution

Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 2 und 3.
We take note of this declaration and confirm the information provided in sections 2 and 3.

Ort, Datum
Location, date

Unterschrift und Stempel des Bankinstituts
Signature and stamp of the banking institution

15. Nov 2024

Datei: Z34