



Antrag auf Altersversorgung

nach § 14 a Thüringer Brand- und Katastrophenschutzgesetz (ThürBKG)

Kommunalen Versorgungsverband Thüringen
Feuerwehrrkasse
Steile Hohle 6
06556 Artern

Eingangsstempel KVT

Berechtigtennummer: **B**

Mitgliedsnummer

FFW

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. in Druckschrift ausfüllen

1. Angaben zur Person der/des Berechtigten

Name _____ Vorname _____
Geburtsname _____ Geburtsort _____ Geburtsdatum _____
Straße, Haus-Nr. _____
PLZ, Wohnort, OT _____
Sozialversicherungsnummer _____ Tel.-Nr. (tagsüber) _____

2. Antragstellung durch eine andere Person

Der Antrag wird in Vertretung der/des Berechtigten gestellt von: _____
Name, Vorname / Dienststelle
in der Eigenschaft als _____ (bitte Vollmacht oder Beschluss des Vormundschaftsgerichts beifügen)
 gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter
_____ vollständige Anschrift _____ Tel.-Nr. (tagsüber) _____

3. Abfindung (einmalige Zahlung)

Gemäß § 24 Satzung der Feuerwehrrkasse besteht bei einer Beitragsdauer von weniger als 15 Jahren die Möglichkeit, die Leistung als Abfindung (einmalige Zahlung) zu erhalten.

- ja, ich möchte die Abfindung der Altersversorgung in Anspruch nehmen**
Mir ist bekannt, dass mit der Abfindung sämtliche Ansprüche und Anwartschaften aus der zusätzlichen Altersversorgung erlöschen. Die Erklärung ist nicht umkehrbar.
- nein, ich möchte die Leistung als monatliche Zahlung erhalten und verzichte auf die Abfindung**

4. Angaben zur Überweisung der zusätzlichen Altersversorgung

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____
IBAN _____ S.W.I.F.T./BIC _____
Name und Anschrift des Geldinstitutes _____
Name des Kontoinhabers _____

Eine Überweisung auf ein Konto außerhalb eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union ist nicht möglich. IBAN und BIC sind unbedingt anzugeben.



5. Weitere Angaben

- a) In welcher Freiwilligen Feuerwehr im Freistaat Thüringen waren Sie zuletzt als ehrenamtlicher Angehöriger in der Einsatzabteilung aktiv (Angaben frühestens ab 01.01.2010) ?

Zeitraum von - bis (Monat/Jahr) _____ Name der Freiwilligen Feuerwehr _____ **B** _____
Berechtigtenummer

- b) Sind oder waren Sie seit dem 01.01.2010 bei anderen freiwilligen Feuerwehren im Freistaat Thüringen als ehrenamtlicher Angehöriger in der Einsatzabteilung tätig (z.B. durch Umzug) ?

nein ja falls ja - bitte folgende Angaben vervollständigen

Zeitraum von - bis (Monat/Jahr) _____ Name der Freiwilligen Feuerwehr _____ **B** _____
Berechtigtenummer

Zeitraum von - bis (Monat/Jahr) _____ Name der Freiwilligen Feuerwehr _____ **B** _____
Berechtigtenummer

6. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, dem Kommunalen Versorgungsverband Thüringen - Feuerwehrrkasse alle Änderungen zu den vorstehenden Angaben unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Ich erkläre ausdrücklich, dass zu Unrecht erhaltene Leistungen an den Kommunalen Versorgungsverband Thüringen - Feuerwehrrkasse zurückzuzahlen sind.

Ich beauftrage das jeweilige kontoführende Institut, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, Beträge, die von der Feuerwehrrkasse zu Unrecht überwiesen werden, an die Kasse zurück zu überweisen, soweit ein Guthaben auf meinem Konto vorhanden ist. Ich entbinde mein kontoführendes Geldinstitut - auch mit Wirkung für meine Erben - gegenüber der o.g. Feuerwehrrkasse insoweit vom Bankgeheimnis, als dies für die Korrespondenz dieses Geldinstituts zur Klärung und Realisierung des Rückzahlungsanspruchs erforderlich ist.

Datenschutzrechtlicher Hinweis

Vorstehende personenbezogene Daten werden auf Grundlage des § 14a ThürBKG sowie der Satzung der Feuerwehrrkasse erhoben. Ihre Daten verwenden wir ausschließlich zur Berechnung und Auszahlung der Ihnen zustehenden Leistung aus der Feuerwehrrkasse. Die Daten werden zum Zweck der steuerlichen Behandlung gemäß § 11 Mitteilungsverordnung dem Finanzamt mitgeteilt. Darüber hinaus findet keine Weitergabe an Dritte statt. Sie haben das Recht Auskunft über die zu Ihrer Person bei uns gespeicherten Daten bzw. deren Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Soweit gesetzliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegen stehen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nur solange speichern, wie dies für die vorgenannten Zwecke notwendig ist. Weitere Hinweise zum Datenschutz erhalten Sie unter <http://versorgungsverband.kvt-zvk.de> oder unter datenschutz@kvt-zvk.de.

Unterschrift nicht vergessen!

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin _____

Bitte achten Sie darauf, dass alle Fragen des Antrages vollständig beantwortet sind und der Antrag unterschrieben ist.

Anlagen

Sonstige Nachweise bzw. Unterlagen _____

liegt/liegen bei

wird/werden nachgereicht