

<u>.</u>	<u>Absender</u>
Registrierungs- Nr.:	

Antrag zur Altersversorgung deutscher Missionskräfte

gemäß den Richtlinien über die Vergabe der Mittel des Verbandes der Diözesen Deutschlands

Zeitraum:	1 Halbiahr 2017	1 .lanuar	2017 his 30 .luni	2017			
	1. Halbjahr 2017: 1. Januar 2017 bis 30. Juni 2017						
Beitragssatz:	223,00 EUR pro Monat/pro Missionskraft						
	für die Monate:	Januar bi	s Juni 2017	(maximal 6 Monate)			
Antragsteller:							
(Name und Anschrif	t)						
Bankverbindung	:						
IBAN:				BIC:			
Beantragter Gesamtbetrag:							
für den Antragsz	eitraum It. Blatt 1 bi	s Blatt	der Meldeliste:	EUR	*)		
		Bewilligter	Gesamtbetrag:	EUR	**)		
Entfällt die Leistungsgrundlage gemäss Ziff. 3 der Richtlinien (z.B. bei Todesfall) zwischen Antragstellung und Überweisung des Zuschusses an die gesetzliche oder private Rentenversicherung, so ist dies dem Generalsekretariat unverzüglich unter Angabe des Datums mitzuteilen und der entsprechende Beitrag an die DOK (Bank im Bistum Essen, IBAN DE70 3606 0295 0082 8800 38, BIC GENODED1BBE) zurück zu überweisen oder bei der nächsten Zahlung verrechnen zu lassen. Das Prüfungsamt des Verbandes der Diözesen Deutschlands (VDD) hat jederzeit das Recht, die einschlägigen Unterlagen vor Ort zu überprüfen.							
Verwendungsnachweis für 2016:							
siehe beiliegendes Verwendungsnachweis-Formular der DOK für die im Jahr 2016 empfangenen Beihilfen zur Altersversorgung							
Ort und	 Datum	-	 Untersc	hrift (Gesetzlicher Vertreter o	des Antragstellers)		
Generalsekretar Wittelsbacherrin Tel. (0228) 6 84	sdrucken und unt iat der Deutschen o g 9, 53115 Bonn, 49-0, Fax (0228) 6 www.orden.de/mis	Ordensobe 84 49-44,		npel versehen senden	an:		

 ^{*)} Vom Antragsteller auszufüllen.
**) Wird von der DOK ausgefüllt. Weicht die Antragssumme von der bewilligten Summe ab, sendet die DOK eine Mitteilung.