

Persönliche Angaben für die Zahlung der betrieblichen Altersversorgung

Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon- oder Mobilnummer	
E-Mail	
Wohnsitzaufgabe in Deutschland	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie Abmeldebescheinigung der Stadt einreichen) <input type="checkbox"/> Nein
Geburtsdatum	
Geburtsort, Geburtsland	
Staatsangehörigkeit	
Deutsche Steueridentifikationsnummer	

Verstorbener Ehepartner (nur bei Witwen/r)

Name, Vorname (evtl. Geburtsname)	
verwitwet seit / Eheschließung	

Bankverbindung und Krankenkasse

Bankname, Bankland	
Kontoinhaber	
BIC (SWIFT-Code)	
IBAN	
Im Ausland krankenversichert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Privat krankenversichert	<input type="checkbox"/> Ja (Kopie Bescheinigung § 10 Abs. 1 Nr. 3 EStG einreichen) <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse	
Rentenversicherungsnummer	
Prüfung der Beitragshöhe in der Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> vor 01.01.1940 geboren <input type="checkbox"/> kinderlos und nach dem 31.12.1939 geboren <input type="checkbox"/> <u>nicht</u> kinderlos und nach dem 31.12.1939 geboren (Kopie der Geburtsurkunde eines Kindes beifügen Mehrere Kinder unter 25: eine Geburtsurkunde für jedes dieser jüngeren Kinder einreichen)

Erklärung gegenüber meinem kontoführenden Geldinstitut.

Ich erkläre mich damit einverstanden und erteile hiermit den Überweisungsauftrag, dass gutgeschriebene Versorgungsleistungen dem Auftraggeber der Überweisung zurück vergütet werden, wenn dieser die Rückzahlung verlangt, weil vor Fälligkeit der betreffenden Vergütung Umstände eingetreten sind, die die Zahlung nicht mehr rechtfertigen oder weil die Zahlung irrtümlich geleistet wurde. Im Falle meines Ablebens ist die Überweisung ohne Zustimmung und Auftrag meiner Erben oder der nach meinem Tod Verfügungsberechtigten auszuführen. Diese Erklärung gilt auch bei Änderungen meiner Bankverbindung.

Ich versichere, dass obige Angaben richtig sind.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die wahrheitsgemäße Beantwortung der vorstehenden Fragen, die Mitteilung von Änderungen und die Vorlage der angeforderten Unterlagen Voraussetzungen für die Gewährung der betrieblichen Versorgung sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Pensionskasse Degussa VVaG
Unterstützungskasse Degussa e. V.
45764 Marl

Dieser Bogen ist nur auszufüllen, sofern
eine Mitgliedschaft in der Pensionskasse
und/oder Unterstützungskasse beim Ver-
storbenen bestand

**Antrag auf Gewährung von Versorgungsleistungen aus
der Pensionskasse und/oder Unterstützungskasse ab _____**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Gewährung meiner Hinterbliebenenrente aus der Pensionskasse
und/oder aus der Unterstützungskasse:

Personalnummer	
Name, Vorname	

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Gegebenheiten, die für die Gewährung und
Berechnung der Rente von Bedeutung sein können, unaufgefordert und unverzüglich
mitzuteilen.

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift