

## Persönliche Angaben für die Zahlung der betrieblichen Altersversorgung

### Angaben zur eigenen Person

Personalnummer	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon- oder Mobilnummer	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Geburtsort, Geburtsland	
Staatsangehörigkeit	
Steuerliche Identifikationsnummer	
Konfession (bitte ankreuzen bzw. eintragen)	<input type="checkbox"/> RK (römisch-katholisch) <input type="checkbox"/> EV (evangelisch) <input type="checkbox"/> nicht KiStpflichtig <input type="checkbox"/> sonstiges _____ (bitte eintragen)

### Bankverbindung und Krankenkasse

Bankname	
Kontoinhaber	
Konto-Nr / Bankleitzahl	
IBAN	
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"/> nicht 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  
Stand 03.02.2025

Unterschrift

Unterstützungskasse Degussa e. V.  
45764 Marl

**Antrag auf Abfindung der unverfallbaren Anwartschaft aus der Unterstützungskasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Abfindung des versicherungsmathematischen Barwertes nach Maßgabe des Technischen Geschäftsplanes der Rückdeckungskasse:

<b>Personalnummer</b>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift