

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Evonik Industries AG  
Bereich Altersversorgung  
45764 Marl

### **Bescheinigung zum Weiterbezug der betrieblichen Versorgungsleistung**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Personalnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Eigenhändige Unterschrift des  
Versorgungsempfängers**

---

---

### **Bestätigung**

**Die unterzeichnende Stelle bestätigt, dass die obige Bescheinigung von dem Versorgungsberechtigten heute persönlich unterzeichnet wurde.**

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

\_\_\_\_\_  
Dienstsiegel, Unterschrift