

Name, Vorname der verstorbenen Person	Todestag	Personalnummer
Name, Vorname (ggf. Geburtsname) der hinterbliebenen Person		Ehepartner/eing. Lebenspartner Waise

Evonik Industries AG
Pensionskasse Degussa VVaG
Unterstützungskasse Degussa e. V.
45764 Marl

per E-Mail (pdf Anhang)
altersversorgung@evonik.com

**Antrag auf Gewährung von Versorgungsleistungen
aus der Pensionskasse Degussa VVaG, der Unterstützungskasse Degussa e. V.
und/oder aus Direktzusagen des (ehemaligen) Arbeitgebers**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Gewährung der Hinterbliebenenleistungen aus der betrieblichen Altersversorgung zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

Die für die Auszahlung der Kassenleistung erforderlichen Nachweise sind diesem Antrag in Kopie beigefügt. Mir ist bekannt, eine Bearbeitung meines Antrages erfolgt erst nach vollständiger Einreichung aller Unterlagen.

anbei	wird nachgereicht	bereits eingereicht	Dokumente
			Kopie der Sterbeurkunde
			Ehepartner/eingetragene Lebenspartner: Kopie der standesamtlichen Urkunde über die Eheschließung/Partnerschaftsschließung
			Waisen: Kopie der Geburtsurkunde
			Waisen ab Volljährigkeit: aktuelle Schulbescheinigung oder Studienbescheinigung oder Kopie des Ausbildungsvertrages
			Formular: persönliche Angaben (Teil 1)
			Formular: persönliche Angaben (Teil 2)

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

Bemerkung

Freundliche Grüße

Ort, Datum

Unterschrift *eigenhändig*, keine digitale Signatur

Persönliche Angaben für die Zahlung der betrieblichen Altersversorgung (Teil 1)

Angaben zur verstorbenen Person

Name, Vorname	Personalnummer
Todestag	Eheschließung (nur bei Partnerrente)

Angaben zur hinterbliebenen Person

Ehepartner/eing. Lebenspartner

Waise

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon- oder Mobilnummer	E-Mail
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geburtsort	Geburtsland

Angaben zur Bankverbindung der hinterbliebenen Person

Name des Geldinstituts	Kontoinhaber	
IBAN (International Bank Account Number) D E		
Kontonummer	BLZ	BIC (SWIFT-Code)

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 wahrheitsgemäße Angaben, die Mitteilung von Änderungen und die Vorlage der angeforderten Unterlagen Voraussetzungen für die Gewährung der betrieblichen Versorgung sind.

Ort, Datum

Unterschrift **eigenhändig**, keine digitale Signatur

