

|                                  |                                                                                                                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname) | Personalnummer                                                                                                          |
|                                  | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |

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 meines (ehemaligen) Arbeitgebers**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Gewährung der Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung ab dem:

|       |
|-------|
| Datum |
|-------|

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<br>nachgereicht | bereits<br>eingereicht | Dokumente                                                                |
|-------|----------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|       |                      |                        | Kopie der ersten Seite des gesetzlichen Rentenbescheides                 |
|       |                      |                        | Formular: persönliche Angaben (Teil 1)                                   |
|       |                      |                        | Formular: persönliche Angaben (Teil 2)                                   |
|       |                      |                        | Formular: Erklärung wegen des Bezuges der betrieblichen Altersversorgung |

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

Unterschrift eigenhändig, keine digitale Signatur

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

**Angaben zur eigenen Person**

|                                                                                                                        |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname)                                                                                       | Personalnummer<br>  |
| Straße, Hausnummer                                                                                                     |                     |
| Postleitzahl, Ort                                                                                                      |                     |
| Telefon- oder Mobilnummer                                                                                              | E-Mail              |
| Geburtsdatum                                                                                                           | Staatsangehörigkeit |
| Geburtsort                                                                                                             | Geburtsland         |
| Schwerbehinderung ab 50 %<br>ja (Kopie des SB-Ausweises beifügen)                      nein                            |                     |
| Familienstand<br>ledig                      verheiratet                      verwitwet                      geschieden |                     |

**Angaben zur Bankverbindung**

|                                                     |     |                  |  |
|-----------------------------------------------------|-----|------------------|--|
| Name des Geldinstituts                              |     | Kontoinhaber     |  |
| IBAN (International Bank Account Number)<br>  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

**Persönliche Angaben für die Zahlung der betrieblichen Altersversorgung (Teil 2)**

|                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname) | Personalnummer<br> |
|----------------------------------|--------------------|

**Angaben zur Krankenkasse**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Krankenkasse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rentenversicherungsnummer<br> |
| Privat krankenversichert      ja<br>nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                               |
| <b>Prüfung der Beitragshöhe in der Pflegeversicherung (Zuschlag für kinderlose Personen)</b><br>vor 01.01.1940 geboren (generell kein Zuschlag für Kinderlose, daher kein Nachweis erforderlich)<br>kinderlos und nach dem 31.12.1939 geboren (Zuschlag für Kinderlose wird erhoben)<br><u>nicht</u> kinderlos und nach dem 31.12.1939 geboren (Nachweise zwingend erforderlich;<br><b>Kopie der Geburtsurkunde</b> eines Kindes beifügen;<br>bei mehreren Kindern unter 25: eine Geburtsurkunde für jedes dieser jüngeren Kinder einreichen) |                               |

**Angaben zum ELStAM-Verfahren**

Damit der Abruf Ihrer elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale (ELStAM) durch uns möglich ist, benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:

Steueridentifikationsnummer (11-stellig):

Die Steueridentifikationsnummer wurde jedem Bundesbürger vom Finanzamt (Informationsschreiben Ihres Finanzamtes aus Oktober/November 2011) oder vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt. Sollte Ihnen diese nicht bekannt sein, können Sie sie z.B. auf Ihrem letzten Steuerbescheid ablesen oder bei Ihrem zuständigen Finanzamt oder beim Bundeszentralamt für Steuern (Tel.: 0228 406-1240) erfahren.

Steuerklasse und Konfession:

Die Firma, gegenüber der Sie Ansprüche auf Betriebsrentenzahlung haben, wird als Arbeitgeber bezeichnet. Da Personen auch Betriebsrentenansprüche gegenüber mehreren Firmen erworben haben können, die sich alle über das ELStAM-Verfahren anmelden müssen, wird bei der Vergabe der Steuerklasse zwischen Hauptarbeitgeber und Nebenarbeitgeber unterschieden. Es darf sich hierbei nur eine Stelle als Hauptarbeitgeber (Steuerklasse 1 – 5) anmelden, alle weiteren Zahlstellen erhalten automatisch den Status Nebenarbeitgeber (Steuerklasse 6). Erhalten Sie von mindestens einer weiteren Stelle Arbeitslohn (oder eine Betriebsrente), ist im Regelfall der Hauptarbeitgeber dort, wo die höchsten lohnsteuerpflichtigen Bezüge abgerechnet werden.

Erhalten Sie neben der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung nur eine Betriebsrente von uns, sollte Hauptarbeitgeber angekreuzt werden.

|                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Steueridentifikationsnummer<br>                                                                                           |
| Steuerklasse<br>1;    2;    3;    4;    5 (Hauptarbeitgeber)<br>6 (Nebenarbeitgeber)                                      |
| Konfession<br>RK (römisch-katholisch)      EV (evangelisch)      nicht KiStpflichtig<br>sonstiges _____ (bitte eintragen) |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eigenhändig, keine digitale Signatur

**Erklärung wegen des Bezuges der betrieblichen Altersversorgung (bAV)**

**– Angabe zu Erwerbseinkommen ab Auszahlung der bAV –**

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| Name, Vorname (ggf. Geburtsname) | Personalnummer |
|----------------------------------|----------------|

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Pensionskasse, deren Zweck gem. § 232 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) die **Absicherung wegfallenden Erwerbseinkommens wegen Alters, Invalidität oder Tod** ist, diese Leistungen grundsätzlich erst ab dem Zeitpunkt des Wegfalls des Erwerbseinkommens gewähren darf. Die **Beendigung eines Arbeitsverhältnisses** ist zudem Voraussetzung für die Gewährung von Altersrente oder einer Erwerbsminderungsrente auf Dauer aus der Rückgedeckten Unterstützungskasse (RUK); auch vom Arbeitgeber erteilte Direktzusagen werden häufig erst ab dem Eintritt in den Ruhestand gewährt, also nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses.

Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen für die Gewährung der betrieblichen Rentenansprüche mache ich folgende Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich beziehe ab/seit dem \_\_\_\_\_ eine vorgezogene Altersrente / Regelaltersrente oder Erwerbsminderungsrente aus der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung (DRV) oder einem berufsständischen Versorgungswerk (Rentenbescheid ist beigelegt).

Ich beziehe bereits eine Rente aus der DRV, möchte aber die betriebliche Altersversorgung erst ab dem \_\_\_\_\_ in Anspruch nehmen (Rentenbescheid ist beigelegt).

Ich beziehe noch keine Rente aus der DRV, möchte aber die betriebliche Altersversorgung bereits ab meinem 65. Lebensjahr in Anspruch nehmen.

Ich beziehe seit dem/ab dem Datum, zu welchem ich die Auszahlung der betrieblichen Altersversorgung in Anspruch nehmen möchte, noch Erwerbseinkommen oder vergleichbare Leistungen (insbesondere Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld o. ä.).

ja                      nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum wurden/wie lange werden Leistungen bezogen?

\_\_\_\_\_

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Änderungen bezüglich einer Erwerbstätigkeit werde ich unverzüglich mitteilen. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben zu einem Rückzahlungsanspruch der Leistungen der betrieblichen Altersversorgung führen können.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eigenhändig, keine digitale Signatur