

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

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

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

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Gewährung der Versorgungsleistungen 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 nachgereicht	bereits eingereicht	Dokumente
		Kopie meines Personalausweises
		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.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die erhobenen Daten bei Bedarf – nur für Zwecke der Leistungsauszahlung aus RUK oder Direktzusagen – meinem ehemaligen Arbeitgeber über einen sicheren Kommunikationsweg zur Verfügung gestellt werden.

<u>Bemerkung:</u>
-------------------

Freundliche Grüße

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

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

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

### Angaben zur eigenen Person

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Personalnummer
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort	
Land	Wohnsitzaufgabe in Deutschland nein (Hauptwohnsitz ist Deutschland) ja (Kopie Abmeldebescheinigung der Stadt einreichen)
Telefon- oder Mobilnummer	E-Mail
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Geburtsort	Geburtsland
Schwerbehinderung ab 50 % ja (Kopie des SB-Ausweises beifügen)      nein	
Familienstand ledig      verheiratet      verwitwet      geschieden	

### Angaben zur Bankverbindung

Name des Geldinstituts	Land	
Kontoinhaber (abweichend Vorsorgevollmacht beifügen)		
IBAN Deutschland (International Bank Account Number)		
D E		
IBAN Ausland		
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 
----------------------------------	--------------------

### Angaben zur Krankenkasse

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

### Angaben zu den Steuermerkmalen

#### 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.

Für Rentenleistungen der Pensionskasse Degussa VVaG können wir keine Freistellung zur Vermeidung der Doppelbesteuerung oder die beschränkte Steuerpflicht beantragen. Bezüglich dieser Leistungen müssen Sie sich mit dem Finanzamt Neubrandenburg in Verbindung setzen.

Steueridentifikationsnummer 
Keine Angabe zur Steueridentifikationsnummer möglich Mir wurde bislang keine deutsche Steueridentifikationsnummer vom Finanzamt oder vom Bundeszentralamt für Steuern vergeben, bitte senden Sie mir die Vergabe-Unterlagen zu.
Bitte beantragen Sie: die Freistellung zur Vermeidung der Doppelbesteuerung, eine Ansässigkeitsbescheinigung vom zuständigen ausländischen Finanzamt ist beigelegt. oder die beschränkte Steuerpflicht Steuerklasse 1 (Bei Hauptwohnsitz im Ausland) (Eine Beantragung der DBA-Freistellung ist nicht immer möglich, ggf. Beantragen wir nur die bechränkte Steuerpflicht Steueklasse 1) die unbeschränkte Steuerpflicht Steuerklasse 6 Nebenarbeitgeber (Bei weiteren Betriebsrenten in Deutschland) die unbeschränkte Steuerpflicht Steuerklasse 1-5 Hauptarbeitgeber (Bei Hauptwohnsitz in Deutschland)

Ort, Datum

Unterschrift eigenhändig, keine digitale Signatur

Evonik Industries AG  
Altersversorgung  
45764 Marl  
Germany

**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 Versicherungs-aufsichtsgesetz (VAG) **die Absicherung wegfallenden Erwerbseinkommens wegen Alters, Invalidität oder Tod ist**, diese Leistungen grundsätzlich erst ab dem Zeitpunkt des Wegfalls des Erwerbseinkommens gewähren darf. Des Weiteren sind ggf. weitere Leistungsvoraussetzungen wie die **Beendigung eines Arbeitsverhältnisses** oder der Eintritt in den Ruhestand zu berücksichtigen.

Ich möchte die Leistungen – wie im Antrag genannt – ab dem \_\_\_\_\_ beziehen.  
Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen mache ich folgende Angaben (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ich beziehe bereits eine Rente aus der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung (DRV) oder einem berufsständischen Versorgungswerk (Rentenbescheid ist beigelegt) und möchte die betriebliche Altersversorgung  
zum gleichen Zeitpunkt in Anspruch nehmen o d e r  
zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch nehmen.

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

Ich erkläre, dass ich ab dem o. g. Datum, zu welchem ich die Auszahlung der betrieblichen Altersversorgung in Anspruch nehmen möchte, weiterhin Erwerbseinkommen oder vergleichbare Leistungen (insbesondere Krankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld o. ä.) beziehe. Leistungen im Rahmen eines sog. Minijobs (eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit im Rahmen der Geringfügigkeit) sowie Bürgergeld sind dabei unschädlich.

nein            ja, weiterhin erwerbstätig            ja, aber nur im Rahmen der Geringfügigkeit

Wenn ja, in welchem Zeitraum wurden/werden wie lange welche 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  
Stand 21.05.2026

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