

Trägerunternehmen:
Name des Begünstigten:
Geburtsdatum des Begünstigten:

Bitte rechnen Sie die Versorgungsleistung ab und zahlen die Leistung aus.
Für die Abwicklung der Auszahlung erhalten Sie folgende Unterlagen / Angaben:

(1) Lohnsteuerabzugsmerkmale

Identifikationsnummer
(11-stellig, siehe Steuerkarte, bzw. letzten Steuerbescheid)

Im ersten Dienstverhältnis (Lohnsteuerklasse 1 bis 5)

Der Begünstigte versichert, dass er aus keinem anderen Beschäftigungsverhältnis oder Versorgungswerk Gehalt oder Leistungen bezieht, das/die mit Lohnsteuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5 abgerechnet wird/werden.

Bisher wurde das erste Dienstverhältnis mit folgender Lohnsteuerklasse abgerechnet:
(bitte nur 1x Kreuz setzen!)

1 2 3 4 5

Im weiteren Dienstverhältnis (Lohnsteuerklasse 6)

Der Begünstigte bezieht aus einem aktiven Beschäftigungsverhältnis oder Versorgungswerk Gehalt oder Leistungen, das/die mit Lohnsteuerklasse 1, 2, 3, 4 oder 5 abgerechnet wird/werden und auch künftig weiterhin so abgerechnet werden soll.

Sitz Ihres Finanzamtes: _____

Kirchensteuerabzug: evangelisch römisch-katholisch nicht kirchensteuerpflichtig

(2) Angaben zur Krankenkasse

Name Krankenkasse: _____
(Ortsangabe bzw. Bundesland)

Rentenversicherungsnummer: _____
(Gesetzliche Rentenversicherung)

Privat versichert: ja / nein (bei „ja“ bitte einen Nachweis beifügen)
(Bei einer Privatversicherung entsteht keine Beitragspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung!)

(3) Kinder (NICHT erforderlich bei einmaligen Kapitalzahlungen)

Für die Ermittlung des Beitragssatzes der **Pflegeversicherung** benötigen wir unbedingt eine Kopie der Geburtsurkunde eines Ihrer Kinder, soweit keine Kinder auf Ihrer Steuerkarte eingetragen sind. Ansonsten sind wir verpflichtet, den erhöhten Beitragssatz für Kinderlose abzuführen.

(4) Bankverbindung

Bitte überweisen Sie die Leistung nach eventuellen Steuer- und Sozialabgaben auf mein Bankkonto:

IBAN (internationale Bankkontonummer)

BIC (Bank-Identifizierungs-Code) Name des Bankinstituts

Kontoinhaber: _____

(5) Ihre Kontaktdaten

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

(6) Bitte reichen Sie eine lesbare Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite) ein.

Ort, Datum, Unterschrift Titel Vorname Name