

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