ANTRAG ZUR LEISTUNGSAUSZAHLUNG

BAV Service GmbH
Jägerstraße 35
10117 Berlin

WICHTIG: Bitte alle Felder deutlich und lesbar ausfüllen, um Verzögerungen in der Bearbeitung zu vermeiden. Danke!

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 Begünstige 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 Begünstige 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 ○ röm.-kath. ○ nicht kirchensteuerpflichtig

2 ANGABEN ZUR KRANKENKASSE

Name Krankenkasse (Ortsangabe, bzw. Bundesland)

Rentenversichertennummer (gesetzl. Rentenvers.)

Private Versicherung ○ ja (bitte einen Nachweis beifügen) ○ nein

(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 Kopie(n) der Geburtsurkunde(n) all Ihrer Kinder. Ansonsten sind wir verpflichtet, den erhöhten Beitragssatz zur Pflegeversicherung für Kinderlose abzuführen.

4 BANKVERBINDUNG

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

Kontoinhaber

IBAN

BIC

5 IHRE KONTAKTDATEN

Straße, Hausnummer

Tel.

Postleitzahl, Ort

E-Mail

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

Ort, Datum

Unterschrift

Drucken

DUK Versorgungswerk e.V. Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-20 | Telefax +49 30 5779979-29
info@duk.de | **www.duk.de**

AUPU Versorgungswerk e.V. | Jägerstraße 34 | 10117 Berlin
Telefon +49 30 5779979-15 | Telefax +49 30 5779979-29
info@aupu.de | **www.aupu.de/vorsorge**