

**Siemens AG**  
PS-BEN PENS  
D - 13623 Berlin

Beantragung von Leistungen

Hiermit beantrage ich meine Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung.

Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Personalnummer	
Straße / Hausnr.	
PLZ / Ort	

**Hinweis:**

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese Beantragung **sämtliche** uns bekannte Ansprüche umfasst. Sollten Sie bestimmte Versorgungsansprüche noch nicht in Anspruch nehmen wollen, dann teilen Sie uns das bitte im Bemerkungsfeld mit.

**Ihre Bemerkungen:**

--

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie auch die Angaben im beigefügten Fragebogen zur Person.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige Unterschrift)

Anlage  
Fragebogen zur Person

# Fragebogen zur Person

## 1. persönliche Angaben

Geburtsname:\* \_\_\_\_\_

Geburtsort:\* \_\_\_\_\_

Geburtsland:\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer:\* \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:\* \_\_\_\_\_

Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass Sie mir allgemeine Informationen zur betrieblichen Altersversorgung per E-Mail zusenden dürfen. Mein Einverständnis kann jederzeit von mir widerrufen werden.

## Hauptwohnsitz

c/o \_\_\_\_\_

Straße und Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

bei Hauptwohnsitz im Ausland benötigen wir folgende ergänzende Angaben:

Hauptwohnsitz seit: \_\_\_\_\_

Region/Provinz: \_\_\_\_\_

## Zweitwohnsitz (erforderlich wenn Postversand an Ihren Zweitwohnsitz gewünscht wird)

c/o \_\_\_\_\_

Straße und Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

bei Zweitwohnsitz im Ausland benötigen wir folgende ergänzende Angabe:

Region/Provinz: \_\_\_\_\_

Postversand an

Hauptwohnsitz

Zweitwohnsitz

## Schwerbehinderung

(nicht relevant bei Bezug einer Erwerbsminderungsrente oder Antragstellung mit / nach dem 63. Lebensjahr)

Sind Sie mehr als 49% schwerbehindert? (Zutreffendes bitte ankreuzen) Ja  Nein   
(wenn ja, bitte eine aktuelle Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)

## Familienstand\* (Zutreffendes bitte ankreuzen)

ledig

verheiratet seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

verwitwet seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

geschieden seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

eingetragene Partnerschaft seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Vor- und Nachname des Ehepartners:\* \_\_\_\_\_

Geburtsname des Ehepartners:\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Ehepartners:\* \_\_\_\_\_

## Beschäftigung nach Pensionierung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie als Pensionär eine Tätigkeit über der Geringfügigkeitsgrenze bei dem Unternehmen ausüben, welches die Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung trägt.

Ja

In diesem Fall beachten Sie bitte den "wichtigen Hinweis" unter Punkt 3 hinsichtlich Ihrer Angabe der von uns zu verwendenden Steuermerkmale

Nein

## 2. Bankverbindung

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN: | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_ \_ | | \_ \_

BIC/SWIFT-Code: \_\_\_\_\_

bei Auslandsüberweisung bitte zwingend folgende Angaben ergänzen:

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer

PLZ Ort

### 3. Angaben für das EStAM-Verfahren

Sollte Ihnen Ihre Steueridentifikationsnummer und/oder Ihre Steuerklasse nicht bekannt sein, wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Finanzamt! Diese Angaben sind Pflichtangaben!

**Ihre eigene Steueridentifikationsnummer (IdNr):** \_\_\_\_\_

Die Steueridentifikationsnummer finden Sie auf einem Schreiben des Bundeszentralamts für Steuern oder auf Ihrem Einkommenssteuerbescheid.

#### bei Hauptwohnsitz in Deutschland:

Unsere Leistungen sind lohnsteuerpflichtig, aus diesem Grund benötigen wir die Angabe Ihrer Lohnsteuerklasse.

**Wichtiger Hinweis:** Wenn Sie die Leistungen der betrieblichen Altersversorgung mit Ihren Steuermerkmalen Klasse 1-5 wünschen, dann werden evtl. steuerpflichtige Leistungen bei einer anderen Zahlstelle automatisch mit Steuerklasse 6 versteuert.

Mit welcher Steuerklasse sollen Ihre Bezüge bei uns abgerechnet werden?

**Es ist nur eine Angabe möglich:**

#### Hauptarbeitgeber

Steuerklasse 1

Steuerklasse 2

Steuerklasse 3

Steuerklasse 4

Steuerklasse 5

Kinderfreibetrag \_\_\_\_\_ Kirchensteuer \_\_\_\_\_

Jährlicher / monatlicher Freibetrag \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Nebenarbeitgeber

Steuerklasse 6

Kirchensteuer \_\_\_\_\_

Jährlicher / monatlicher Freibetrag \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Maßgebend für die Versteuerung ist allerdings die Rückmeldung Ihres Finanzamtes (ELStAM).**

**4. Krankenversicherung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**a) Sind Sie in Deutschland gesetzlich krankenversichert?** **Ja** **Nein**

Name der deutschen Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ihre eigene Rentenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sollten Sie Ihre eigene Rentenversicherungsnummer nicht kennen, können Sie diese bei Ihrer Krankenkasse erfragen.

**Nachweis der Elterneigenschaft im Sinne des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes (KiBG)**

Bereits der Nachweis eines Kindes (unabhängig von dessen Alter) führt dazu, dass kein Beitragszuschlag in der Pflegeversicherung (0,25 %) zu erheben ist. Als Nachweis kommen beispielsweise eine Kopie der Geburtsurkunde oder Abstammungsurkunde in Betracht.

**b) Sind Sie in Deutschland privat krankenversichert?** **Ja** **Nein**

**wenn JA:** Senden Sie uns bitte eine aktuelle Mitgliedsbescheinigung zu (Beitragsnachweis, etc.).

**c) Sind Sie im Ausland krankenversichert?** **Ja** **Nein**

**wenn JA:** Name der Versicherung: \_\_\_\_\_

Wenn Sie weder **gesetzlich, privat noch im Ausland** versichert sind, dann möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Sie diesen Sachverhalt mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

\* Angaben sind freiwillig, vermeiden aber ggf. Rückfragen und vereinfachen den Bearbeitungsprozess

Bitte beachten Sie, dass nur bei vollständiger und korrekter Angabe der Daten eine termingerechte Zahlung erfolgen kann.