

## Nachweise für die Abfindung

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Geburtsdatum

## Die Zahlung bitte ich an die nachfolgende Bankverbindung vorzunehmen:

IBAN

BIC

Name der Bank

Abweichender Kontoinhaber

## Steuerliche Identifikationsnummer:

des Antragstellers nach § 139b der Abgabenordnung (AO)

## Sozialversicherungsnummer:

des Antragstellers

## Ich bin bei folgender Krankenkasse:

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ

Ort

- gesetzlich krankenversichert.
- privat krankenversichert (einen aktuellen Nachweis über die Mitgliedschaft habe ich beigefügt).
- Hiermit bestätige ich, dass ich nicht kinderlos bin (den entsprechenden Nachweis habe ich diesem Antrag beigefügt).
- Hiermit bestätige ich, dass ich kinderlos bin.

Mir ist bekannt, dass mit der Abfindung meiner Anwartschaft sämtliche wechselseitigen Ansprüche gegenüber der Versorgungskasse und meinem/meinen ehemaligen Arbeitgeber/n erlöschen. Insbesondere sind sowohl die Übertragung zu einem neuen Arbeitgeber, aber auch die freiwillige Fortführung meines Vertrages nach der Abfindung nicht mehr möglich.

Die Versorgungskasse ist verpflichtet, die Auszahlung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung zu melden. Bei Fragen setzen Sie sich bitte direkt mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung. Im Rahmen des Rentenbezugsmitteilungsverfahrens, das zur Durchführung der nachgelagerten Besteuerung von Altersbezügen eingeführt wurde, sind wir weiterhin verpflichtet, die Auszahlung der zentralen Erfassungsstelle (ZfA) zu melden.

Ort, Datum

Unterschrift

Versorgungskasse  
Deutscher Unternehmen VVaG  
Zum Dänischen Wohld 1-3  
24159 Kiel

T 0431 39968-0  
F 0431 39968-25  
info@versorgungskasse.de  
www.versorgungskasse.de