

Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.



Mitteilung des Arbeitgebers zum Leistungsbezug von Versorgungsberechtigten

Trägerunternehmen: _____

Mitgliedsnummer: _____

Wir beantragen Versorgungsleistungen gem. Leistungsplan der Rosenheimer Unterstützungskasse e.V. für:

_____, geboren am _____
Vorname, Name der/s Versorgungsberechtigten Geburtsdatum

Zum vorgesehenen Versorgungstermin soll die bestehende Rückdeckungsversicherung mit der Versicherungsscheinnummer

_____ bei der _____ zur Auszahlung kommen.
Versicherungsscheinnummer Versicherungsgesellschaft

Der/die Versorgungsberechtigte erklärt mit der Unterschrift ausdrücklich seine Zustimmung zur Auszahlung der Versicherungsleistung an die Unterstützungskasse im Rahmen der ursprünglichen Versorgungszusage.

Auszahlung und Rentenverwaltung erfolgt:

- über den Arbeitgeber, der die sozialversicherungs- und steuerrechtliche Abwicklung übernimmt.
- über die Rosenheimer Unterstützungskasse e.V. an den Versorgungsberechtigten (siehe **Gebührenordnung**)

->->-> Die Auszahlung durch die Rosenheimer Unterstützungskasse setzt voraus, dass der Versorgungsberechtigte keine weiteren lohnsteuerpflichtigen Leistungen/ Bezüge vom oben genannten Arbeitgeber erhält.

Leistungsarten

Der/die Versorgungsberechtigte scheidet/schiedet zum _____ aus unseren Diensten aus. Die Voraussetzungen zum Leistungsbezug gem. Versorgungszusage/Versorgungsordnung/Betriebsvereinbarung sind gegeben. Aus diesem Grund beantragen wir die Zahlung von Versorgungsleistungen gemäß der bestehenden Rückdeckungsversicherung:

Altersversorgung

(vorzeitige) Altersrente ab _____ (vorzeitiges) Alterskapital zum _____

Invaliditätsversorgung (vorbehaltlich der Prüfung durch den Rückdeckungsversicherer)

Berufsunfähigkeitsrente ab dem _____ Berufsunfähigkeitskapital zum _____

Hinterbliebenenversorgung (vorbehaltlich der Prüfung der Hinterbliebenenberechtigung)

Hinterbliebenenrente ab dem _____ Hinterbliebenenkapital zum _____

Sterbegeld zum _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers

Unterschrift des Versorgungsberechtigten

Checkliste zur Auszahlung



Die Auszahlung soll auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber: _____ (Arbeitgeber oder Versorgungsberechtigter)

IBAN: _____

BIC: _____

Name der Bank: _____

Notwendige Unterlagen bei:

Altersleistungen:

- bei abhängig Beschäftigten: Rentenbescheid über die Zahlung von Altersrente
- bei beherrschenden Geschäftsführern: Bestätigung des Arbeitgebers über den Eintritt in den Ruhestand

Invalidenleistungen:

- Arztbericht über Art, Umfang, Eintritt, Dauer der Berufsunfähigkeit
Der Bericht wird dem beratenden Arzt der Versicherungsgesellschaft zur Begutachtung vorgelegt.
Der Rückdeckungsversicherer behält sich vor, weitere Nachuntersuchungen durch einen weiteren Gutachter zu veranlassen.
- Mitteilung des gesetzlichen Rentenversicherers über den Grad der Erwerbsminderung bzw. Zahlung einer Rente

Hinterbliebenenleistungen:

- Sterbeurkunde in Kopie zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen
- Heiratsurkunde in Kopie, ggf. Kopie der Urkunde über die eingetragene Lebenspartnerschaft gem. § 1 LPartG
- Kindernachweis in Kopie, wenn Waisenrenten beantragt werden.
Wir benötigen die Geburtsurkunde in Kopie, Waisenrenten werden bis zum 25. Lebensjahr gezahlt, ggf. länger, wenn sich das waisenberechtigte Kind noch in Ausbildung befindet (bitte Kopie der Ausbildungsbescheinigung beifügen)

Sterbegeld:

- Erbschein/ Urkunde zum Nachweis der Sterbegeldberechtigung
- Sterbeurkunde
- Nachweis der Beerdigungskosten

→ **Bitte beachten Sie, dass bei der Auszahlung des Sterbegeldes die nächste Seite nicht auszufüllen ist.**

Wir benötigen folgende Daten, wenn die Unterstützungskasse die Auszahlung vornehmen soll:



- Kopie Personalausweis
- Sozialversicherungsnummer _____
- Steuer- Identifikationsnummer _____
- Die Abrechnung soll über die folgende Lohnsteuerklasse erfolgen: LStKl. _____
-> Sollten Sie noch ein weiteres Arbeitsverhältnis bei einem anderen Arbeitgeber haben, und/oder uns keine gewünschte Lohnsteuerklasse mitteilen, erfolgt die Abrechnung über die Lohnsteuerklasse VI.
- Krankenversicherung: gesetzlich privat
- Mitgliedsnummer und Name der Krankenversicherung

- Kinderzahl inkl. Geburtsdaten der Kinder (wg. Beitragspflicht zur gesetzlichen Pflegeversicherung)

- Religion: römisch-katholisch , evangelisch , nicht kirchensteuerpflichtig , sonstige _____

Bemerkungen:

Hinweis:

Die jeweilige Versicherungsgesellschaft kann in verschiedenen Zeitabständen eine Lebensbescheinigung von Ihnen anfordern. Um eine fortlaufende Rentenzahlung gewährleisten zu können, sind Sie verpflichtet, diese nach Aufforderung an uns zu übermitteln.

Einverständniserklärung und Erklärung zur Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Daten

Weitergabe Ihrer von der Schweigepflicht geschützten Daten an Stellen außerhalb der Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.

Wir verpflichten die nachfolgende Stelle vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

Übertragung der Abrechnung von Versorgungsbezügen auf eine andere Stelle:

Bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Abrechnung von Leistungsfällen führen wir teilweise nicht selbst durch.

Derzeit haben wir diese Aufgabe an eine Abrechnungsstelle, den Deutsche Post Rentenservice übertragen.

Werden hierbei Ihre von der Schweigepflicht geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die Abrechnungsstelle.

Soweit erforderlich, **entbinde ich** die Mitarbeiter der Rosenheimer Unterstützungskasse e.V.

im Hinblick auf die Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Vor- und Zuname der Versorgungsberechtigten

Unterschrift des Versorgungsberechtigten