



# 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 ELStAM-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 \_\_\_\_\_ Religionszugehörigkeit \_\_\_\_\_

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

#### Nebenarbeitgeber

Steuerklasse 6

Religionszugehörigkeit \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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.

#### 5. Pflegeversicherung

Die nachstehenden Informationen sind nur für Versorgungsempfänger relevant, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland versichert sind.

Wir als Zahlstelle sind verpflichtet, die Information zur Elterneigenschaft und zu den Kindern unter 25 Jahren beim Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) elektronisch über das DaBPV-Verfahren abzufragen. Dem BZSt liegen die Informationen zu Kindern vor, sofern diese 2011 steuerlich relevant waren.

Bitte prüfen Sie nach Erhalt Ihres Entgeltnachweises, den wir Ihnen nach erfolgter erster Abrechnung übersenden, die Angabe zur Elterneigenschaft und zu den Kindern unter 25 Jahren.

Sollten Sie feststellen, dass der Sachverhalt nicht korrekt berücksichtigt wurde, übersenden Sie uns die relevanten Unterlagen. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage [www.siemens.de/psg](http://www.siemens.de/psg).

#### Bestätigung der Angaben

Ich versichere, dass die obigen Angaben vollständig und richtig sind. Änderungen werde ich umgehend mitteilen.

\* 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.