

Δηλώνω ότι η αξίωση θεωρείται εκπληρωθείσα εφόσον η παροχή πληρωθεί με τον τρόπο που επέλεξα παραπάνω.
Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

Δεσμεύομαι να δηλώσω γραπτώς κάθε αλλαγή της κατάστασής μου, που μπορεί να επηρεάσει την πληρωμή ή το ύψος της σύνταξης ή ακόμα και το δικαίωμα για τη σύνταξη, στην Deutsche Post AG, Niederlassung, RENTEN SERVICE, 13496 Berlin. Δεσμεύομαι επίσης να επιστρέψω στην Deutsche Post AG, Niederlassung RENTEN SERVICE, 50417 Köln, ως αρμόδια υπηρεσία για τα εμβάσματα των συντάξεων κάθε ποσό που έχει πληρωθεί αχρεωστήτως. Για το σκοπό αυτό έδωσα εντολή στην τράπεζα στην οποία τηρώ το λογαριασμό μου να επιστρέψει στην Deutsche Post AG κάθε ποσό που έχει πληρωθεί αχρεωστήτως – η εντολή αυτή δεσμεύει και τους κληρονόμους μου. Η εντολή μπορεί να ανακληθεί μόνο από μένα – όχι όμως από τους κληρονόμους μου.
Συμφωνώ, σε περίπτωση θανάτου μου, η τράπεζα τήρησης του λογαριασμού μου να δώσει στην Deutsche Post AG, Niederlassung, RENTEN SERVICE ή στον ασφαλιστικό φορέα πληροφορίες σχετικά με τους κληρονόμους μου ή άλλα άτομα που έχουν πρόσβαση στο λογαριασμό μου.

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich dem Standort der Niederlassung RENTEN SERVICE der Deutschen Post AG in 13496 Berlin mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung RENTEN SERVICE, 50417 Köln als Rentenüberweisungsstelle zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut – mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber – beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir – aber nicht von meinen Erben – widerrufen werden.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle meines Todes der Deutschen Post AG, Niederlassung RENTEN SERVICE bzw. dem Rentenversicherungsträger vom kontoführenden Kreditinstitut Auskunft über meine Erben oder andere über das Konto Verfügungsberechtigte erteilt wird.

Κατά τη συγκέντρωση, επεξεργασία και χρήση των ασφαλιστικών στοιχείων τηρούνται οι διατάξεις περί προστασίας δεδομένων. Η δήλωση των στοιχείων είναι εθελοντική. Είναι όμως απαραίτητη για τη διεκπεραίωση της αίτησής σας και για τη σωστή πληρωμή της σύνταξής σας.
Die hiermit angeforderten Sozialdaten werden unter Beachtung der Vorschriften über den Datenschutz erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Angaben sind freiwillig, aber für die Bearbeitung Ihres Antrages und für eine ordnungsgemäße Rentenauszahlung notwendig.

ημερομηνία/Datum

X

Υπογραφή του παραλήπτη της πληρωμής
Unterschrift der/des Zahlungsempfängers

Υπογραφή της/του συνδικαιούχου και/ή του
εξουσιοδοτημένου
ggf.: Unterschrift des Mitkontoinhabers und/oder Inhabers der
Kontovollmacht

Βεβαίωση του τραπεζικού ιδρύματος Bestätigung des Bankinstitutes

Λάβαμε γνώση της εντολής και επιβεβαιώνουμε τα στοιχεία του τραπεζικού λογαριασμού.
Wir nehmen den Auftrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben zur Bankverbindung.

Ημερομηνία/Datum

υπογραφή/σφραγίδα του τραπεζικού ιδρύματος
Unterschrift/Stempel des Bankinstitutes