# Ermächtigung

zur elektronischen Gutschrift von Rentenzahlungen
aus der Bundesrepublik Deutschland

# *Authorization*

*for direct electronic deposit of pension payments*
*from the Federal Republic of Germany*

# Autorisation

pour le dépôt direct d'une pension en provenance
de la République Fédérale d'Allemagne

Bitte vollständig ausgefüllt und auf der Rückseite unterschrieben zurücksenden.
*Please return fully completed and signed on the reverse side.*
Prière de retourner dûment rempli et signé au verso.

*For Official use by Pension Paying Office only*
Reservé au bureau payeur de pensions

Reference No.

**Name, Vorname des Zahlungsempfängers**
*Surname, First name of Beneficiary* / Nom, prénom du bénéficiaire

**Hausadresse**
*Street Address* / Rue, numéro

**Wohnort, Staat oder Provinz, Postleitzahl**
*City, State or Province, and Zip Code or Postal Code* / Domicile, province, code postal

Ich ermächtige die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), alle mir als Empfänger einer Rente aus der Bundesrepublik Deutschland zustehenden Zahlungen an das nachstehend genannte Geldinstitut zur Gutschrift auf mein Konto zu überweisen. Die Zahlungen sind auf elektronischem Wege am letzten Bankarbeitstag im Monat im Staat New York (für Zahlungen nach den USA) oder in der Provinz Ontario (für Zahlungen nach Kanada) zur Gutschrift auf das angegebene Konto anzuweisen.

*I hereby authorize the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) to make all payments due me as a beneficiary of a German pension to the bank indicated below for direct deposit into my account. The payments are to be electronically initiated for credit to the indicated account on the last banking day of the month in the State of New York (for payments to the USA) or in the province of Ontario, Canada (for payments to Canada).*

Je, soussigné(e), bénéficiaire d'une pension allemande, autorise, par la présente, la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), à déposer tous les paiements qui me sont dûs directement sur mon compte indiqué ci-dessous. Ces paiements sont à ordonner électroniquement, le dernier jour bancaire dans la province de l'Ontario, Canada, pour être crédités sur le compte indiqué.

**Name und Adresse der Bank des Zahlungsempfängers**
*Name and Address of Beneficiary's Bank* / Nom et adresse de la banque du bénéficiaire

**Ort, Staat oder Provinz, Postleitzahl**
*City, State or Province, and Zip Code or Postal Code* / Domicile, province, code postal

Bei Konto in USA
*In case of an account in the USA:*

Meine Konto-Nummer
*Account number*

*Routing Number* – *Check Digit*

Art des Kontos
*Type of Account*

☐ Scheck-Konto
*Checking Account (C)*

☐ Sparkonto
*Savings Account (S)*

Ein entwerteter nicht unterschriebener persönlicher Scheck mit Konto- und Leitzahlangaben ist beigefügt.
*I have attached a voided unsigned personal check which contains account and routing information.*

(Unterschrift des Zahlungsempfängers siehe Rückseite)
*(Signature of beneficiary see on reverse)*
(signature du bénéficiaire voir au verso)

Bitte wenden
*Please turn over*
Tournez s. v. p.

Bei Konto in Kanada
*In case of an account in Canada* / En cas d'un compte au Canada:

| Instituts-Nr. *Institution No.* No. de l'institution | Zweigstellen-Nr. *Branch No.* No. de succursale | Kontonummer *Account No.* No. du compte |
|---|---|---|
| 0 | | |

Bestätigung/Unterschrift des Bankangestellten
*Confirmation/Signature of financial institution official* / Confirmation/signature du représentant de l'institution financière

Datum:
*Date:*

Diese Ermächtigung behält solange ihre Gültigkeit bis die Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) anders lautende Weisung von mir erhält und ausreichend Gelegenheit hat, danach zu verfahren.

*This authorization will remain in effect until further notice from me is received by the Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service), and this office has reasonable opportunity to act on it.*

Cette autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Deutsche Post AG (Niederlassung Renten Service) recoive nouvel avis de ma part et ait la possibilité d'en tenir compte.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird.

*I declare that the claim is satisfied when the pension is transferred in the manner indicated by me on this form.*

Je déclare que mon droit est satisfait dès que les prestations ont été versées selon le mode de paiement que j'ai désiré ci-dessus.

Bitte kreuzen Sie eines der beiden folgenden Kästchen an:
*Please check one of the following boxes:* / Cochez une des cases suivantes, s'il vous plait:

☐ Ich bin alleiniger Inhaber des oben genannten Kontos und allein darüber verfügungsberechtigt.
*I am the only holder of the above mentioned account. I have exclusive right of disposal.*
Je suis le seul titulaire dudit compte et la seule personne autorisée à en disposer.

☐ Das oben genannte Konto ist ein Gemeinschaftskonto, dessen Inhaber ich und mein(e) Ehemann/Ehefrau sind.
*The above mentioned account is a joint account held by me and my spouse.*
Ledit compte est un compte commun dont les titulaires sont moi-même et mon conjoint.

Ich/Wir verpflichte(n) mich/uns, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der Niederlassung Renten Service der Deutschen Post AG in 50417 Köln als Rentenüberweisungsstelle mitzuteilen. Ferner verpflichte(n) ich/wir mich/uns, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln zurückzuzahlen. Dazu habe(n) ich/wir das jeweils kontoführende Geldinstitut – mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber – beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln zurückzuüberweisen bzw. die Deutsche Post AG ist hiermit ermächtigt, die zuviel gezahlten Beträge von meinem/unserem Konto bei dem jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Dieser Auftrag bzw. diese Ermächtigung kann nur von mir – aber nicht von meinen Erben – widerrufen werden.

*I/We commit to inform the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln as the pension paying office immediately by letter of any changes in circumstances affecting payment or the amount of the pension or the right to receive a pension. Furthermore I/we commit to pay back overpaid amounts to the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln. For this purpose I/we have instructed the financial institution which maintains my/our account to return overpaid amounts by transfer to the Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln or respectively the Deutsche Post AG is herewith empowered to collect the overpaid amounts from my/our account at the respective financial institution. These instructions and authorization are also binding for my heirs. They may only be revoked by myself and not by my heirs.*

Je m'engage à informer immédiatement, par écrit, la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln de toute modification ayant une influence sur le paiement, le montant de la pension ou le droit même à la pension. Je m'engage en outre à rembourser à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln les montants trop perçus. A cet effet j'ai chargé l'institution financière tenant le compte de retourner à la Deutsche Post AG, Renten Service, 50417 Köln les montants payés en excès ou j'autorise, par la présente, la Deutsche Post AG de prélever les montants payés en excès, de mon compte dans l'institution financière concernée. Ces ordres et cette autorisation sont également obligatoires pour mes héritiers. Ils ne peuvent être révoqués que par moi-même – et non par mes héritiers.

Die hiermit abgegebenen Sozialdaten werden unter Beachtung des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches der Bundesrepublik Deutschland erhoben. Die Angaben sind freiwillig, aber für die Bearbeitung dieses Antrags und eine ordnungsgemäße Rentenauszahlung notwendig.

*The personal data given here will be handled in accordance with the Social Security Code of the Federal Republic of Germany. Their supply is voluntary but is required for processing this application and for orderly payment of pension benefits.*

La collecte des données se référant à la personne, fournis dans le présent formulaire, se fait conformément au Code Social de la République Fédérale d'Allemagne. Ces renseignements, sans être obligatoires, sont toutefois nécessaires pour le traitement de cette demande et pour le versement régulier de la pension.

| | |
|---|---|
| (Unterschrift des Zahlungsempfängers) *(Signature of the beneficiary)* (Signature du bénéficiaire) | (Unterschrift des Ehegatten bei Gemeinschaftskonto) *(Signature of spouse, if a joint account)* (Signature du conjoint en cas de compte commun) |
| Datum/*Date* | Datum/*Date* |