

Kapitalabfindung bei Pensionierung

Arbeitgeber

Vorsorgeplan

Dieses Antragsformular muss **spätestens 1 Monat** vor dem gewünschten Pensionierungszeitpunkt eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist kann der Antrag nicht widerrufen werden.

Name / Vorname

Geburtsdatum

Zivilstand

- Ledig
 Verheiratet
 Geschieden
 Verwitwet
 Eingetragene Partnerschaft
 Aufgelöste Partnerschaft

Strasse, Nr. / PLZ, Ort

Mail / Telefon:

Pensionierung per (Datum)

Ich beantrage, von der im Vorsorgereglement umschriebenen Möglichkeit die ganze Altersrente oder einen Teil davon als Kapitalabfindung zu beziehen, wie folgt Gebrauch zu machen:

Maximalbetrag (ganzes vorhandenes Altersguthaben)

Teil-Kapitalabfindung im Betrag von CHF
 oder in Prozenten %

des vorhandenen Altersguthabens beim Altersrücktritt.

Das nicht bezogene Altersguthaben wird nach den Bestimmungen des zum Pensionierungszeitpunkt gültigen Vorsorgereglements in eine Altersrente umgewandelt.

- Ich bestätige zur Kenntnis genommen zu haben, dass mit dem Bezug der Kapitalabfindung sämtliche Ansprüche und Anwartschaften (z.B. den Anspruch auf eine Ehegattenrente) abgegolten sind, bzw. bei einer Teil-Kapitalabfindung die Altersrente und die mitversicherten übrigen Leistungen entsprechend gekürzt werden.

- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die aus freiwilligen Einkäufen resultierenden Altersleistungen innerhalb von drei Jahren ab dem Einkauf nur in Rentenform bezogen werden dürfen. Ich bestätige hiermit:

keine freiwilligen Einkäufe während der 3-jährigen Sperrfrist (auch bei früheren Vorsorgeeinrichtungen) getätigt zu haben.

folgenden freiwilligen Einkauf (auch bei früheren Vorsorgeeinrichtungen) getätigt zu haben:

Betrag CHF

Datum der Einzahlung

Betrag CHF

Datum der Einzahlung

Die unterzeichnete versicherte Person bestätigt, zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Altersrente und die mitversicherten Hinterlassenenleistungen (Ehegatten-, Lebenspartner-, Waisen- und Pensioniertenkinderrenten) anteilmässig gekürzt werden. Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass durch eine allfällige Auszahlung des ganzen vorhandenen Altersguthabens sämtliche Ansprüche gegenüber der Vorsorgeeinrichtung abgegolten sind.

Auszahlung Kapitalabfindung ist an folgende Adresse zu überweisen (bitte Einzahlungsschein beilegen):

Bank / Post (Name, Adresse)

IBAN-N° / Postkonto

Unverheiratete Versicherte bitte Zivilstandsnachweis* beilegen!

Unterschrift der versicherten Person

Ort,

Datum,

Zustimmung des Ehegatten bzw. des eingetragenen Partners

Unterschrift des Ehegatten bzw. des eingetragenen Partners

Ort,

Datum,

Beglaubigung der Unterschrift des Ehegatten bzw. des eingetragenen Partners

Beglaubigung durch Amtsstelle **

Ort,

Datum,

- * Der Zivilstandsnachweis darf bis zum Auszahlungstag **maximal 6 Monate** alt sein.
- ** Die Beglaubigung der Unterschrift darf bis zum Auszahlungstag **maximal 6 Monate** alt sein.