

## 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

**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.