

Bezug Altersleistungen

Versicherte Person

Name

Vorname

SV-Nr.

Angaben zur Pensionierung

Ich wünsche den Bezug der Altersleistung in Form

einer Rente

eines vollständigen Kapitalbezugs

Mischform (Kapitalbezug _____ %)

Überweisungsadresse Kapital

(Bank, IBAN-Nummer)

Überweisungsadresse Rente

(Bank, IBAN-Nummer)

Haben Sie in den letzten drei Jahren einen freiwilligen Einkauf in die reglementarischen Leistungen ausgeführt?

nein

ja

Falls ja, letztmals am

Betrag

Hinweis bei Kapitalbezug:

Bei verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Personen ist die beglaubigte Zustimmung des Ehegatten oder Partners erforderlich. Bei allen anderen Personen benötigen wir einen aktuellen Personalausweis.

Rentenberechtigte Kinder

Bitte Ausweiskopien und allenfalls Ausbildungsnachweise beilegen.

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____

Damit die Pensionierung wunschgemäss durchgeführt werden kann, bitten wir um die Zustellung des vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Formulars bis spätestens **4 Wochen** vor dem gewünschten Datum.

Bestätigung versicherte Person

Ort, Datum _____ Unterschrift versicherte Person _____

Bestätigung des Ehepartners und Beglaubigung der Unterschrift

Der Ehepartner/ eingetragene Partner erteilt dem Kapitalbezug bei Pensionierung seine Zustimmung.

Ort, Datum _____ Unterschrift Ehepartner _____

Beglaubigung der Unterschrift des Ehepartners durch Gemeinde oder Notar

Ort, Datum _____ Unterschrift beglaubigende Person _____