



Antrag auf Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Sprache: D F I
Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____
Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft
Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____
Strasse, Nr.: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____

Ich nehme im Haupterwerb eine selbständige Tätigkeit auf und bestätige hiermit, dass ich die Freizügigkeitsleistung in vollem Umfang in den eigenen Betrieb investiere und nicht mehr der obligatorischen Vorsorge unterstehe.
(Bitte legen Sie eine Bestätigung der zuständigen AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnummer bei.)

Ich verlasse endgültig die Schweiz.
(Bitte legen Sie eine Kopie der definitiven Abmeldebescheinigung der Einwohnerkontrolle bei.)

Ich reise in folgendes Land der EU/EFTA aus: _____

Vor einer Auszahlung muss **zwingend** abgeklärt werden, ob Sie dort sozialversicherungspflichtig sind. Dazu ist das "Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht" für das betreffende Land auszufüllen. Es ist bei folgender Behörde erhältlich:

Verbindungsstelle
Sicherheitsfonds BVG
Postfach 1023
CH-3000 Bern 14

www.verbindungsstelle.ch
info@verbindungsstelle.ch

Zusammen mit dem Formular erhalten Sie ein Merkblatt, das den Ablauf des Verfahrens beschreibt. Nach dessen Abschluss werden wir Sie über den möglichen Auszahlungsbetrag informieren.

Ich reise in folgendes Land ausserhalb der EU/EFTA aus: _____

Meine Freizügigkeitsleistung ist geringer als mein jährlicher Arbeitnehmersparbeitrag.

Ihre Zahlungsverbindung

Bank Post Konto-Nr.: _____
IBAN (zwingend): _____
Bank (Name, PLZ, Ort, Land): _____
SWIFT/BIC (für Ausland): _____ Clearing: _____
Kontoinhaber: Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
PLZ/Ort: _____ Land: _____

Bestätigung des Wohnsitzes

Zum Zeitpunkt der Auszahlung habe ich meinen Wohnsitz in der Schweiz im Ausland

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Steuerbehörden einen Kapitalbezug innerhalb von 3 Jahren nach einem Einkauf verbieten, bzw. steuerlich wieder aufrechnen können.



Ort:

Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Ehegatte/eingetragener Partner ist mit der Auszahlung des Altersguthaben in Kapitalform einverstanden:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Ehegatten / Partners:

Name, Vorname des Ehegatten / Partners:

Hinweis zum Bezug in Kapitalform:

Wenn die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist die Unterschrift des Ehegatten/Partners **zwingend** erforderlich. Beide Unterschriften müssen beglaubigt sein. Andernfalls ist ein Personenstandsnachweis beizulegen, der nicht älter als 3 Monate ist.



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Bitte legen Sie dieses Deckblatt den Unterlagen bei, die Sie uns zurücksenden. Vielen Dank.

Bitte benutzen Sie für die Rücksendung Ihrer Dokumente keine Büroklammern, Heftklammern und Klebeband.

