



Antrag auf Teilpensionierung

(Dieses Formular bitte gut leserlich in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen und unterzeichnen)

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: _____

Angaben zur Teilpensionierung

Teilpensionierung per: _____
Lohnänderungen / aufgelöste Arbeitsverhältnisse:

Arbeitgeber	Aufgelöst	Neuer Jahreslohn
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Hinweise:

- Falls das Arbeitsverhältnis aufgelöst wurde, müssen Sie keinen Jahreslohn angeben
- Erreichen Sie die Eintrittsschwelle nicht, wird eine vorzeitige volle Pensionierung durchgeführt.

Auszahlungsform des Altersguthabens

Die versicherte Person wünscht

- den Bezug des vollständigen Alterskontoguthabens als Altersrente
- den Bezug des vollständigen Alterskontoguthabens in Kapitalform (100%)
- _____% des Alterskontoguthabens in Kapitalform zu beziehen

Der nicht in Kapitalform bezogene Teil des Altersguthabens wird gemäss den Bestimmungen des Vorsorgereglements in eine Altersrente mit anwartschaftlichen Hinterlassenrenten umgewandelt.



Ihre Zahlungsverbindung

Bank Post Konto-Nr.: _____

IBAN (zwingend): _____

Bank (Name, PLZ, Ort, Land): _____

SWIFT/BIC (für Ausland): _____ Clearing: _____

Das Konto lautet auf:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Gemäss unseren Richtlinien kann eine Zahlung immer nur an eine Zahlungsverbindung getätigt werden! Eine Aufteilung der Beträge auf verschiedene Konti ist nicht möglich.

Minderjährige oder in Ausbildung stehende Kinder

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

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass:

- mit dem Kapitalbezug die reglementarischen Ansprüche auf Altersrente, die Pensioniertenkinderrenten, Ehegattenrente sowie die Waisenrenten entsprechend abgegolten bzw. reduziert sein werden;
- die Steuerbehörden gem. Art. 79b Abs. 3 BVG einen Kapitalbezug innerhalb von 3 Jahren nach einem Einkauf steuerlich wieder aufrechnen können;
- der Wunsch nach Auszahlung in Kapitalform kann **nicht rückgängig** gemacht werden;
- die Auszahlung in Kapitalform bei invaliden Personen auf den Teil des Altersguthabens begrenzt ist, der dem Erwerbsfähigkeitsgrad entspricht.

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt der Auszahlung Ihren Hauptwohnsitz in der Schweiz? ja nein

Falls nein, bitte Adresse im Ausland angeben:



Ort:

Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Ehegatte/eingetragener Partner ist mit der Auszahlung des Altersguthaben in Kapitalform (inkl. Zusatzkonto) einverstanden:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Ehegatten / Partners:

Name, Vorname des Ehegatten / Partners:



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.

