



## Kapitaloption

(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: \_\_\_\_\_

### Auszahlungsform des Altersguthabens

Die versicherte Person wünscht

- den Bezug des vollständigen Alterskontoguthabens als Altersrente  
 den Bezug des vollständigen Alterskontoguthabens in Kapitalform (100%)  
 \_\_\_\_\_% des Alterskontoguthabens bzw. CHF \_\_\_\_\_ 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.



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.

