



Kapitaloption

(Dieses Formular bitte elektronisch oder gut leserlich in Blockschrift 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.

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 Altersguthabens in Kapitalform (inkl. Zusatzkonto)
einverstanden:

Ort:

Datum:

Unterschrift des Ehegatten / Partners:

Name, Vorname des Ehegatten / Partners: