

Antrag auf Kapitalauszahlung von Altersleistungen

Versicherte Person:

Name, Vorname

Sozialversicherungsnummer / Zivilstand

Strasse, Nr. / PLZ,
Wohnort

Die versicherte Person stellt hiermit den Antrag, dass bei Erreichen des Rücktrittsalters

☐ das gesamte Altersguthaben

oder ☐ CHF des Altersguthabens (Rest als Rente)

oder ☐ % des Altersguthabens (Rest als Rente)

als Kapital ausbezahlt wird. Sie nimmt zur Kenntnis, dass diese Erklärung unwiderruflich ist und mit der Kapitalauszahlung sämtlichem Ansprüche an die Vorsorgeeinrichtung (wie Alters-, Ehegatten-, Waisen- oder Pensioniertenkinderrente) über den davon betroffenen Anteil des Altersguthabens abgegolten sind.

Ort, Datum: Unterschrift versicherte Person:

Ort, Datum: Unterschrift Partner:

Wenn die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist die Unterschrift des Partners auf dem Antragsformular zwingend amtlich zu beglaubigen. Sofern die versicherte Person nicht verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist diesem Antragsformular zwingend ein aktueller Zivilstandsnachweis beizulegen. Die Beglaubigung wie auch der Zivilstandsnachweis ist 6 Monate gültig.