



## Meldung Kapitaloption

### 1. Personalien der zu versichernden Person

Sozialversicherungsnummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum:

Zivilstand:

### 2. Erklärung

Die unterzeichnende versicherte Person verlangt, dass bei Pensionierung ihr Altersguthaben gemäss Reglement in Form eines Kapitals ausbezahlt wird.

Bitte Anteil des gewünschten Kapitalbezugs angeben:

Das ganze Altersguthaben

Einen Teil des Altersguthabens

Betrag:

Ort / Datum

Unterschrift versicherte Person

Name, Vorname des Ehegatten/ des eingetragenen Partners

Unterschrift Ehegatte/ eingetragener Partner

### 3. Kenntnisnahme

Die unterzeichnende versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass

- im Ausmass der Kapitalauszahlung die reglementarischen Leistungsansprüche (Altersrente, Pensionierten-Kinderrenten, Ehegatten- und Lebenspartnerrente sowie Waisenrenten) entsprechend entfallen,
- wenn freiwillige Einkäufe getätigt wurden, die daraus resultierenden Altersleistungen innerhalb der nächsten drei Jahre nur in Rentenform bezogen werden dürfen,
- diese Erklärung bis spätestens drei Monate vor der Pensionierung eingereicht werden muss und ab diesem Zeitpunkt unwiderruflich ist.