



Meldung Kapitaloption

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

1. Personalien der zu versichernden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Geschlecht:

☐

weiblich

☐

männlich

Zivilstand:

Sozialversicherungs-Nr.:

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: CHF

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten 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.