



Antrag Alterskapitalbezug

(Dieses Formular ist durch die versicherte Person **vollständig** und **wahrheitsgetreu** auszufüllen und unterzeichnet zurück zu senden.)

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ AHV Nr. _____
Name Ehegatte* _____ Geb. Dat. Ehegatte* _____

*) bzw. eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner in Sinne des PartG.

Datum und Höhe des Alterskapitalbezugs

Datum (teilweiser) Altersrücktritt _____

Ich beantrage die Auszahlung eines Alterskapitals in der Höhe von:

- _____ % des gesamten Sparguthabens; oder
 CHF _____

Angaben für die Überweisung

Überweisung auf ein schweizerisches Konto bei einer Bank oder der PostFinance

Bank / PostFinance _____
PLZ / Ort _____
IBAN _____
Ort, Datum _____
Unterschrift der versicherten Person _____

Ihre Ehegattin / eingetragene Partnerin bzw. Ihr Ehegatte/ eingetragener Partner bestätigt hiermit, mit dem beantragten Kapitalbezug einverstanden zu sein:

Ort, Datum _____
Unterschrift des Ehegatten *) _____

*) **Diese Unterschrift muss amtlich oder notariell beglaubigt sein.**

Der schriftliche Antrag Alterskapitalbezug ist mindestens drei Monate vor der effektiven Pensionierung einzureichen. Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie zur Kenntnis, dass eine Änderung dieses Antrags spätestens 1 Monat vor der Pensionierung einzureichen ist.

Unverheiratete Versicherte müssen dem Antrag einen aktuellen Personenstandsausweis (erhältlich beim Heimatort) beilegen.