

## Antrag auf Ausrichtung der Altersleistungen

Dieser Antrag kann frühestens sechs Monate vor der Ausrichtung der Altersleistung eingereicht werden.

### Personalien

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Zivilstand / seit (Tag.Monat.Jahr) \_\_\_\_\_

### Ausrichtung

Altersleistung per \_\_\_\_\_

☐ Altersrente vom gesamten Altersguthaben

☐ Auszahlung des gesamten Altersguthabens

☐ Bezug von CHF \_\_\_\_\_ bzw. \_\_\_\_\_ % des Altersguthabens

Der nicht in Kapitalform bezogene Teil des Altersguthabens wird in eine Altersrente umgewandelt.

☐ Teilpensionierung \_\_\_\_\_

### Bankverbindung

Name, Adresse der Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ SWIFT \_\_\_\_\_

### Folgende Unterlagen sind diesem Antrag beizulegen

- **Ausweiskopie Antragsteller/in** - Unterschrift muss sichtbar sein; sonst beglaubigte Kopie.
- **Bei Rentenbezug:** Geburtsurkunden der Kinder bis 18 Jahre.
- **Bei Kapitalauszahlung:**
  - Familienregistrauszug (Zivilstandsamt)
  - Ausweiskopie Ehepartner/in - Unterschrift muss sichtbar sein; sonst beglaubigte Kopie.

### Unterschrift Ehepartner/in (nur bei Kapitalauszahlung notwendig)

Ich beantrage den Kapitalbezug und erkläre mich damit einverstanden, dass mit der Auszahlung alle reglementarischen Ansprüche in entsprechender Höhe abgegolten sind, einschliesslich Alterskinderrenten, Verwitwetenrenten sowie Waisenrenten. Ausserdem sind mir die entsprechend reduzierten Todesfalleistungen bekannt.

Ab einem Zahlungsbetrag von 5'000 Franken ist diese Unterschrift zu beglaubigen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Unterschrift Antragsteller/in

Ich erkläre hiermit, dass ich meine Altersleistungen gemäss obenstehenden Angaben beziehen möchte.

Beim Altersrücktritt vor dem ordentlichen Pensionierungsalter bestätige ich, dass ich die Erwerbstätigkeit definitiv aufgebe.

Bei zu Unrecht ausbezahlten Altersrenten ermächtige ich die Bank / Post zur Rückbuchung an die Stiftung Sozialfonds bzw. zur Belastung meines Kontos.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_