

## Antrag auf Auflösung Freizügigkeitskonto infolge Geringfügigkeit

### Versicherte Person

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Strasse / Nr.	_____
PLZ / Ort / Land	_____
Sozialversicherungs-Nr.	_____
Zivilstand	_____
Telefon / E-Mail	_____

### Ehepartner / eingetragener Partner

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____

### Auszahlungsgrund

Das Freizügigkeitsguthaben kann infolge Geringfügigkeit bezogen werden, wenn die versicherte Person nicht der beruflichen Vorsorge untersteht und nachweist, dass der Saldo des Freizügigkeitskontos kleiner ist als der gesamte, auf ein Jahr hochgerechneter Arbeitnehmerbeitrag in seinem letzten Vorsorgeverhältnis.

Die Unterzeichnenden bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie nehmen ausdrücklich zur Kenntnis, von der AVENIRPLUS Freizügigkeitsstiftung über die Folgen der Barauszahlung aufgeklärt worden zu sein und dass durch die Barauszahlung des Freizügigkeitsguthabens sämtliche Ansprüche gegenüber der Stiftung erlöschen.

### Einzureichende Unterlagen

Dem Antragsformular sind zwingend folgende Unterlagen einzureichen:

#### Verheiratete Versicherte

- Kopie eines gültigen Ausweises (ID/Pass, Vorder- und Rückseite) des Versicherten und des Ehepartners / eingetragenen Partners

#### Nicht verheiratete Versicherte

- Kopie eines gültigen Ausweises (ID/Pass, Vorder- und Rückseite)
- Zivilstandsnachweis oder Wohnsitzbestätigung mit Angabe des Zivilstands (nicht älter als 3 Monate)

#### Zusätzliche Unterlagen zur Prüfung der Geringfügigkeit

- Kopie der letzten Lohnabrechnung, welche der monatliche Beitrag in die Pensionskasse ausweist
- Kopie des letzten Pensionskassen- oder Vorsorgeausweises

### Zur Prüfung notwendige Bestätigung

Unterstehen Sie aktuell einer Beruflichen Vorsorge?

- Ja       Nein

### **Einkäufe in die Pensionskasse**

Haben Sie in den letzten drei Jahren persönliche Einkäufe in die Pensionskasse getätigt?

Ja       Nein

Falls ja, Datum und Betrag \_\_\_\_\_

Einkäufe in die berufliche Vorsorge dürfen innerhalb der nächsten drei Jahre nicht in Kapitalform bezogen werden.

### **Zahlungsverbindung**

Das Konto muss auf den Namen des Versicherten lauten.

Name der Bank \_\_\_\_\_

Adresse der Bank \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Clearing / Swift Code \_\_\_\_\_

Postkonto-Nr. \_\_\_\_\_

Name des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Die AVENIRPLUS Freizügigkeitsstiftung behält sich ausdrücklich vor, nebst den hier genannten Dokumenten weitere Unterlagen zur Abklärung des die Barauszahlung begründenden Sachverhalts nachzufordern. Die entstehenden Verwaltungskosten können gemäss dem Kostenreglement dem Freizügigkeitskonto belastet werden.

### **Unterschriften**

Datum und Ort \_\_\_\_\_

Versicherte Person \_\_\_\_\_

Ehepartner / Eingetragener Partner \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns diesen Antrag unbedingt mit Originalunterschriften per Briefpost zu.** Aufgrund von Kopien bzw. digitaler Zustellung nehmen wir keine Auszahlung vor.