

**Pensionierung per** \_\_\_\_\_

## Versicherte Person

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	SV-Nr.	_____
Strasse	_____	PLZ / Ort	_____
Zivilstand	_____	Telefon	_____

## Ehegatte / Eingetragener Partner

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	SV-Nr.	_____

## Kinder unter 18 resp. unter 25 und in Ausbildung

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____

## Auszahlungsgrund und erforderliche Dokumente

- Rentenzahlung
- 100%-ige Kapitalauszahlung  
Antrag spätestens 1 Monat vor dem Altersrücktritt schriftlich bei der Stiftung einreichen gemäss Reglement
- Teilweise Kapitalauszahlung / Anteil in % \_\_\_\_\_ oder Betrag in CHF \_\_\_\_\_  
Antrag spätestens 1 Monat vor dem Altersrücktritt schriftlich bei der Stiftung einreichen gemäss Reglement

Zahlungsverbindung	für Rentenzahlung	für Kapitalauszahlung
Name der Bank	_____	_____
Sitzadresse der Bank	_____	_____
Clearing / Swift Code	_____	_____
IBAN	_____	_____
Name Kontoinhaber	_____	_____

## Bemerkungen

Bei der Kapitalauszahlung sind zwingend folgende Dokumente einzureichen:

### Nicht verheiratete Versicherte

- Kopie eines gültigen Ausweises (ID oder Pass, Vor- und Rückseite) des Versicherten mit einer gut lesbaren Unterschrift
- Zivilstandsnachweis oder Wohnsitzbestätigung mit Angabe des Zivilstandes (Ausstellungsdatum nicht älter als 3 Monate)

### Verheiratete Versicherte oder Eingetragene Partnerschaft

- Kopie eines gültigen Ausweises (ID oder Pass, Vor- und Rückseite) des Versicherten und des Ehepartners / eingetragenen Partners mit einer gut lesbaren Unterschrift
- Beglaubigung Unterschrift Partner/in durch die Schweizerische Post, SBB oder Notar (Erforderlich ab Barauszahlung von CHF 25'000.--)

---

Die Unterzeichnenden erklären, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie nehmen ausdrücklich zur Kenntnis und bestätigen, durch die Stiftung über die Folgen der Barauszahlung der Kapitalleistung aufgeklärt worden zu sein und dass durch die Barauszahlung des Kapitals sämtliche Ansprüche gegenüber der Stiftung erlöschen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift der versicherten Person

---

Unterschrift Ehepartner oder  
eingetragener Lebenspartner