AVENIRPLUS

Antrag auf Auflösung Freizügigkeitskonto infolge Geringfügigkeit

Versicherte Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort / Land _____

Sozialversicherungs-Nr. 756. _____

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 bestätigen 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 Personen

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

Nicht verheiratete versicherte Personen

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

Zusätzliche Unterlagen für den Nachweis 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 der versicherten Person lauten.

Name der Bank _____

Adresse der Bank _____

IBAN-Nr. _____

Clearing / Swift Code _____

Postkonto-Nr. _____

Name des Kontoinhabers _____

Die Stiftung behält sich ausdrücklich vor, nebst den hier genannten Dokumenten weitere Unterlagen 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.