

Anmeldung Kapitaloption

Anrede: ☐ Herr ☐ Frau	Geburtsdatum:
Name:	Vorname:
Strasse:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Land:	Nationalität(en):
E-Mail:	Telefon:

(nachstehend «versicherte Person»)

1. Weitere Angaben

Arbeitgeber:
AHV-Nummer:
Zivilstand:

Pensionierung per:
Geburtsdatum Ehegatte/eingetragener Partner:
Datum Eheschliessung/eingetragene Partnerschaft:

2. Erklärung zum Bezug der Altersleistung

Die versicherte Person möchte:

- ☐ die volle Altersleistung in Kapitalform beziehen
☐ einen Teil der Altersleistung in Kapitalform beziehen
_____ % des Gesamtanspruchs oder
CHF _____

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass

- mit dem Kapitalbezug die reglementarischen Ansprüche auf Altersrente, die Pensionierten-Kinderrenten, Ehegattenrente sowie die Waisenrenten entsprechend abgegolten bzw. reduziert werden.
- ein teilweiser Kapitalbezug bei Pensionierung anteilmässig dem Altersguthaben gemäss BVG und dem überobligatorischen Altersguthaben entnommen wird.
- für freiwillige Einkäufe eine dreijährige Sperrfrist für Kapitalbezüge gilt.
- diese Kapitaloption für alle Teilpensionierungsschritte gilt. Wünscht die versicherte Person für zukünftige Pensionierungsschritte eine abweichende Regelung, ist das vorliegende Formular erneut auszufüllen.

3. Erklärung

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments ermächtigt die versicherte Person die VZ Vorsorge AG, derjenigen Bankgeschäftsstelle, über die sie gemäss Verwaltungsvertrag mit der Stiftung üblicherweise Vorsorge- und Freizügigkeitsleistungen ausrichtet, Betrag und Datum der Leistungszahlungen mitzuteilen, welche auf Grund der vorstehenden Erklärung fällig werden. Dasselbe gilt gegebenenfalls auch gegenüber der Versicherungsgeschäftsstelle, welche für die Rückversicherung der Risiken Tod und Invalidität zuständig ist.

Datum:	
Name:	Name:
	
Versicherte Person	Ehegatte/Partner in eingetragener Partnerschaft

