

## Formular zur Auszahlung der Altersleistung

### A) PERSÖNLICHE ANGABEN DER VERSICHERTEN PERSON

|   |                                     |  |                                    |
|---|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <b>Name :</b> _____                         | <b>Vorname :</b> _____              |  |                                    |
| AHV-NR. : 756. _____                        | Geburtsdatum : _____                | Geschlecht : <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |                                    |
| Zivilstand : <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> veheiratet | <input type="checkbox"/> geschieden                                | <input type="checkbox"/> verwitwet |
|   | seit _____                          | seit _____   | seit _____                         |
| Adresse: _____                              | PLZ, Ort : _____                    |  |                                    |
| E-Mail : _____                              | Telefon : _____                     |  |                                    |

### B) PERSÖNLICHE ANGABEN DES/DER EhePARTNER/IN

|                      |                        |  |
|----------------------|------------------------|--|
| <b>Name :</b> _____  | <b>Vorname :</b> _____ |  |
| AHV-NR. : 756. _____ | Geburtsdatum : _____   | Geschlecht : <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Adresse: _____       | PLZ, Ort : _____       |  |
| E-Mail : _____       | Telefon : _____        |  |

### C) KIND(ER) DES/DER RENTNERS/IN

|                      |                     |                    |
|----------------------|---------------------|--------------------|
| Name/Vorname : ..... | AHV-NR. : 756. .... | Geburtsdatum ..... |
| Name/Vorname : ..... | AHV-NR. : 756. .... | Geburtsdatum ..... |
| Name/Vorname : ..... | AHV-NR. : 756. .... | Geburtsdatum ..... |

**Der Anmeldung beizufügende Unterlagen** : Dokument aus dem die genaue Identität aller, in der Anmeldung erwähnten Personen ersichtlich ist (.B. Familienbüchlein, Aufenthaltsgenehmigung, Wohnbestätigung, Pass, ID-Karte, Ausländer? (Kopien)

Studienbestätigung oder Kopie des Lehrvertrages für Kinder von 18 bis 25 Jahren.

### ZAHLUNGSADRESSE

|  |                  |
|--|------------------|
| Name der Bank : .....  | Adresse : .....  |
| PLZ, Ort : .....   | Clearing : ..... |
| IBAN / Konto-Nr. : .....                                     |                  |
| Code SWIFT/BIC (für Auslandszahlungen obligatorisch) : ..... |                  |

### EINKAUF /VERSICHERUNGSJAHRE

Haben Sie in den letzten 3 Jahren Einkaufsbeträge überwiesen ?

Ja, am/..... von CHF.....  nein

## ALTERSLEISTUNGEN

### 1. Ich wünsche die Altersleistung in Form von :

- Kapitalauszahlung\*
- Altersrente
- Teilauszahlung von CHF....., \*den Restbetrag als monatliche Rentenzahlung

### 2. Ich wünsche die Altersleistung:

- ab ordentliches Rentenalter
- bei eine Frühpensionierung am \_\_\_\_\_ infolge meiner Beendigung der Erwerbstätigkeit per \_\_\_\_\_
- aufgeschoben, solange das Arbeitsverhältnis oder die Erwerbstätigkeit andauert, höchstens jedoch während 5 Jahren (bitte legen Sie eine Bestätigung Ihres Arbeitgebers bei, dass Sie über das Rentenalter hinaus weiterhin arbeiten).

## BESTEuerung DER KAPITALLEISTUNG

Die geschuldete Steuer wird anhand des von der eidgenössischen Steuerverwaltung erstellen Formular erhoben. Der geschuldete Betrag hängt vom Kanton, der Gemeinde sowie der persönlichen Situation des Versicherten ab. Die Steuerbehörde Ihres Wohnortes kann Sie über die genauen Abgaben informieren.

### BESTÄTIGUNG

Der/die Unterzeichnete/e/s bestätigt, dass er die oben genannten Fragen vollständig und wahrheitsgerecht beantwortet und nichts verheimlicht hat. Er/Sie erklärt/ren/, ausdrücklich auf alle ihre Verjährungsansprüche gegenüber der Kasse zu verzichten, insbesondere im Falle einer späteren, rückwirkenden Anerkennung einer Invalidität.

\*

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

Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Ehepartner/in: \_\_\_\_\_

\*Im Falle einer Kapitaleistung anstelle der Altersrente ist dieses Formular mit der gesetzlichen Unterschrift des Ehegatten/Lebenspartners für verheiratete/s/oder durch eine eingetragene Partnerschaft verbundene Versicherte und mit einem aktualisierten Zivilstand-Auszug für andere Versicherte zu versehen. Es ist auch möglich, die Legalisierung der Unterschrift des Ehegatten/Partners zu ersetzen, wenn dieser das Formular in unserem Büro mit dem Aktuellen Familienbuch oder Familiennachweis und einem amtlichen Ausweis unterzeichnet.\*