

Meldung KapitaloptionArbeitgeber: **1. Personalien der zu versichernden Person**Name: Vorname: Geburtsdatum: Strasse, PLZ und Ort: Mobile: Mail: Geschlecht: weiblich männlichZivilstand: SV-/AHV-Nr.: **2. Erklärung**

Die unterzeichnende versicherte Person verlangt, dass bei Pensionierung ihr Altersguthaben gemäss Reglement in Form eines Kapitals ausbezahlt wird.

Bitte Anteil des gewünschten Kapitalbezugs angeben:

Das ganze Altersguthaben. Einen Teil des Altersguthabens:

Betrag: CHF Geplantes/gewünschtes Pensionierungsdatum:

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Name, Vorname des Ehegatten/ des
eingetragenen Partners

Unterschrift Ehegatte/ eingetragener Partner

3. Kenntnisnahme

Die unterzeichnende versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass

- im Ausmass der Kapitalauszahlung die reglementarischen Leistungsansprüche (Altersrente, Pensionierten-Kinderrenten, Ehegatten- und Lebenspartnerrente sowie Waisenrenten) entsprechend entfallen,
- wenn freiwillige Einkäufe getätigt wurden, die daraus resultierenden Altersleistungen innerhalb der nächsten drei Jahre nur in Rentenform bezogen werden dürfen,
- diese Erklärung ist vor der Pensionierung einzureichen