

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Meldung Pensionierung								
Arb	peitgeber:							
Mit	glied-Nr.:							
1.	Personalien der zu versichernden	ı Person						
	Name:							
	Vorname:							
	Geburtsdatum:							
	Strasse, PLZ und Ort:							
	Ī							
	Geschlecht:	weiblich	männli	ich				
	Zivilstand:							
	Versicherungs-Nr.:							
2.	Arbeitsunfähigkeit / Invalidität							
	Sind Sie vor der Pensionierung arb	peitsunfähig geworden?		Ja 🗌	Teils			Nein
	Sind Sie Bezüger einer IV-Rente?			Ja 🗌	Grad:	%		Nein
3.	lst aus medizinischer Sicht eine b	erufliche Umstellung zu	prüfen?		[Ja		Nein
4.	Fälligkeit der Altersleistung							
Gestützt auf die reglementarischen Bestimmungen der Pensionskasse entschliesst sich die versicherte Pers				son für:				
	einen ordentlichen Rücktritt	·						
	einen vorzeitigen Rücktritt p	Tag / Mona er: Tag / Mona		Voraussetz Erwerbstät	ung ist die de igkeit.	efinitive Auf	gabe de	er
	einen Aufschub des Rücktritt	ts bis: Tag / Mona	t / Jahr	Der Pensio Nachweis (z. B. Lohna	ung ist eine a nskasse ist jä der andauern ausweis, AHV wird die Alte	hrlich unauf den Erwerb -Abrechnun	geforde stätigke g) beizi	ert ein eit



5.	Rücktrittsgrad (min. 20%)*:	in Prozent	* Beachten Sie	hierzu Ihr Vorsorgeregler	nent!
6.	Kinder (Bei Auszah	nlung des Alterskapitals	s nicht auszufüllen)	
	Ich habe Kinder unter 18 Jahren			∐ Ja	∐ Nein
	Ich habe Kinder in Ausbildung unt			∐ Ja	∐ Nein
	Ich habe Kinder, die zu mindester	ns 70% invalid sind		∐ Ja	∐ Nein
	Wenn mindestens eine Frage mit	Ja beantwortet wurde	:		
	Name / Vorname, Geburtsdatum der Kinder:				
7.	Kapitalauszahlung Im Ausmass der Ausrichtung des Agegenüber der Pensionskasse; das diesem Grunde eine Kapitalabfind Es wurde schriftlich und fristgerec eingereicht.	selbe gilt, wenn die Alt ung ausgerichtet wird.	ersrente im Sinne	des Reglements geringfü	
8.	Auszahlung der Leistungen Bitte Einzahlungsschein beilegen; Auslandbanken werden ausschlies Auszahlung beiliegt (Kontonumme	sslich durchgeführt, we	nn ein Beleg der E	Bank mit allen erforderlich	
	Postcheckkonto:		Bankkonto:		
	Inhaber:				
	Bank:		Ort:		
	Clearing-No:		IBAN:		
	Gemäss den gesetzlichen Bestimn	nungen erfolgt die Mel	dung üher ausgeri	ichtete Leistungen durch (die Pensionskasse

Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt die Meldung über ausgerichtete Leistungen durch die Pensionskasse an die eidgenössische Steuerbehörde.



9.

Unterschriften und Beglaubigung					
Ort und Datum:					
Unterschrift versicherte Person:					
Unterschrift des Ehegatten / eingetragenen Partners:					
Sofern eine Auszahlung in Kapitalform beantragt wurde (vgl. Punkt 5), ist eine Beglaubigung der Unterschrift(en) zwingend nötig:					
Ort und Datum:					
Stempel/Unterschrift der beglaubigenden Amtsstelle/ Notar					

Diesem Formular sind beizulegen:

- aktueller Auszug aus dem Zivilstandsregister*
- Niederlassungsbewilligung (Ausländerausweis)*
- Wohnsitzbestätigung der Einwohnergemeinde im Ausland
- Ausbildungsbestätigungen für Kinder älter als 18 Jahre*
- IV-Entscheid für erwerbsunfähige Kinder, die das 18. Lebensjahr überschritten haben*

^{*} Kopien genügen