

Pensionierung

Nur für Versicherte über 58 Jahre. Dieses Formular ist spätestens drei Monate vor der Pensionierung ausgefüllt zurückzusenden.

Firma-Nr. Arbeitgeber	
Plan-Nr. Vorsorgeplan	

Datum der Pensionierung		Sozialversicherungs-Nr.	
Name Vorname			
Strasse Nr.			
PLZ Ortschaft			
Zivilstand		Heiratsdatum	
E-Mail			
Telefon-Nr. Mobile			
Ist die Person ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab welchem Datum	

Kreuzen Sie eine der nachstehenden Möglichkeiten an

1	<input type="checkbox"/>	Monatliche Altersrente
2	<input type="checkbox"/>	Alterssparkapitalauszahlung
3	<input type="checkbox"/>	Teilaltersrente/Teilalterssparkapitalauszahlung
Teilbetrag in CHF oder %		

Beziehen Sie bereits eine Altersrente aus einer anderen Vorsorgeeinrichtung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bereits eine Alterssparkapitalauszahlung aus einer anderen Vorsorge-/Freizügigkeitseinrichtung getätigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Dieses Formular muss zwingend durch den Arbeitgeber und Arbeitnehmenden unterzeichnet werden.

Ort Datum	Stempel Unterschriften

Mit der Unterschrift bestätigen beide Parteien die Vollständig- und Richtigkeit der Angaben.