

## Freizügigkeitsleistung

### Wird vom / von der Versicherten ausgefüllt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Vollständige Adresse: \_\_\_\_\_ Vertrag Nr.: \_\_\_\_\_

Sind Sie arbeitsunfähig infolge Krankheit oder Unfall?  ja  nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

### Überweisung der Freizügigkeitsleistung

- a.  Die Freizügigkeitsleistung ist an die Vorsorgestiftung des neuen Arbeitgebers zu überweisen

Neuer Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

- b.  Der/Die Versicherte verlangt die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung gemäss Art. 5 FZG.

Ich verlasse die Schweiz definitiv und nehme Wohnsitz in einem:

EU/EFTA-Land  anderem Land

Name des Landes: \_\_\_\_\_

Beim endgültigen Verlassen der Schweiz in einen Mitgliedstaat der EU/EFTA wird die Zahlung des minimalen BVG Teils in bar auf Vorweisen einer Bestätigung der Nichtversicherungspflicht bei den sozialen Versicherungen des neuen Wohnlandes geleistet. Diese Bestätigung muss beim BVG-Sicherheitsfonds bezogen werden, Postfach 1023, 3000 Bern (Tel. 031 380 79 71). Eine Wohnsitzbescheinigung sowie eine Abmeldebestätigung der Einwohnerkontrolle der Wegzugsgemeinde sind beizulegen.

- c.  Ich nehme eine selbständige Erwerbstätigkeit auf (bitte eine durch die AHV-Ausgleichskasse ausgestellte Bestätigung beilegen)

**Bei einer Barauszahlung ist bei einer ledigen Person eine Zivilstandesurkunde oder bei einer geschiedenen Person eine Kopie des Scheidungsurteils beizulegen.**

**Hat die versicherte Person seit dem 1. Januar 2006 einen freiwilligen Einkauf getätigt?**  ja  nein

**Für verheiratete Personen, der/die Ehegatte/in oder der/die eingetragene gleichgeschlechtliche Partner gibt sein/ihr Einverständnis für die Barauszahlung (Beglaubigung der Unterschriften).**

Ort und Datum:

Unterschrift des Ehegatten/in oder eingetrag. Partner/in:

Zahlungsreferenzen:

- d.  Die versicherte Person bestätigt, dass sie keinen neuen Arbeitgeber hat und ihre Vorsorge mittels eines Freizügigkeitskontos aufrechterhalten möchte:

bei der Walliser Kantonalbank, Sitten

bei einer Bank Ihrer Wahl. Name und Adresse der Bank: \_\_\_\_\_

mittels einer Freizügigkeitspolice. Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Bitte eine Kopie des Kontoeröffnungsformulars oder der Freizügigkeitspolice beilegen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person: