

## Überweisungsantrag der Austrittsleistung

### Persönliche Angaben des Versicherten

Name

Vorname

AHV-Nr.  .  .  .  Geburtsdatum  |  | /  |  | /  |  |  |  |

E-Mail  Telefon

Adresse

Zivilstand  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  
 eingetragene Partnerschaft  aufgelöste Partnerschaft

Ich bin erwerbsunfähig aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls  ja  nein

Falls ja, seit wann  |  | /  |  | /  |  |  |  |

### Überweisungsangaben

Bitte überweisen Sie meine Freizügigkeitsleistung an die Vorsorgeeinrichtung meines neuen Arbeitgebers oder auf ein Freizügigkeitskonto / eine Freizügigkeitspolice.

| Name und Adresse der neuen<br>Vorsorgeeinrichtung/Freizügigkeitsstiftung | Name und Adresse des neuen Arbeitgebers |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="text"/>                                                     | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/>                                                     | <input type="text"/>                    |
| <input type="text"/>                                                     | <input type="text"/>                    |

Ich trete nicht in eine neue Vorsorgeeinrichtung ein und möchte, dass meine Vorsorge auf einem Freizügigkeitskonto bei der Option Freizügigkeitsstiftung (minimale Freizügigkeitsleistung von CHF 20'000.-) erhalten bleibt.

### Zahlungsangaben

(bitte Einzahlungsschein oder Bankidentifikations-Ausweis beilegen)

IBAN

Bank / Post

PLZ, Ort

Kontoinhaber

### Unterschrift

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Stiftung ausdrücklich, die für die Überweisung meiner Freizügigkeitsleistung notwendigen Informationen zu übermitteln.

|                                                                          |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Datum <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Unterschrift des/r Versicherten |
| Ort <input type="text"/>                                                 |                                 |
| <input type="text"/>                                                     |                                 |

