

## Bezug der Altersleistung

Arbeitgeber	
Firmenname:	Vertrag Nr.:
Versicherte Person	
Name:	
Vorname:	
Adresse:	Zivilstand:
PLZ/Ort:	Beruf:
Zahlungsmodalitäten	
☐ Bezug des gesamten Guthabens als Altersrente	
☐ Bezug des gesamten Guthabens als Kapital	
☐ Bezug in gemischter Form entsprechend folgender Aufte	bilung:
/ Gaci Cili	
Datum der Pensionierung:	
Reglementarische Bedingungen	
	ements der Stiftung gelesen zu haben und nehme zur Kenntnis, Kapital alle weiteren Ansprüche gegenüber der Vorsorgestiftung
<ul> <li>Beim Bezug des Kapitals wird bei Fälligkeit die beg Ehepartners bzw. des eingetragenen Partners zur E</li> </ul>	laubigte Unterschrift (vor einem Notar, Friedensrichter usw.) des Einwilligung verlangt.
Einsprache erheben, es wird eine Verrechnungsstel	rbehörden gemeldet. Der Versicherte kann gegen diese Meldung uer erhoben (derzeit 8% auf das Kapital bzw. 15% auf die Rente). and dieses Formulars ein schriftlicher Antrag per Einschreiben an
Ort und Datum:	Unterschrift der versicherten Person:
	3.000
Ort und Datum:	Unterschrift Ehepartner/-in oder eingetragene/-r Partner/-in: