

ARBEITGEBER

Vertragsnummer:

Firma:

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:

AHV-Nr.: Geburtsdatum : / /

Zivilstand: ledig verheiratet eingetr. Partner/in geschiede* verwitwet*

* gilt analog auch für eingetragene Partner

Privatadresse:
.....

Rücktritt per: / /

Beitragszeitraum im Rücktrittsjahr: von / / bis / /

Massgebender Lohn in diesem Zeitraum: CHF

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

.....

.....

VON DER VERSICHERTEN PERSON AUSZUFÜLLEN

Wurde innerhalb der reglementarischen Frist ein Antrag auf vollständige oder teilweise Auszahlung der Altersleistungen in Kapitalform gestellt? ja nein

Falls ja, ist die Unterschrift des Ehegatten/eingetragenen Partners obligatorisch.

Wurde ein solcher Antrag auf Auszahlung der Altersleistungen in Kapitalform einer früheren Vorsorgeeinrichtung gestellt? Falls ja, legen Sie uns bitte die Kopie der entsprechenden Genehmigung bei.

- Beizulegende Dokumente:
- Kopie des Familienbüchleins
 - Kopie des Identitätsausweises der versicherten Person mit Unterschrift
 - Kopie des Identitätsausweises des Ehegatten/des eingetragenen Partners mit Unterschrift
(für verheiratete Personen bzw. eingetragene Partner bei Bezug in Kapitalform)
 - Steuerbescheinigung (beim zuständigen Steueramt erhältlich)
(bei Bezug in Kapitalform)

ZAHLUNGSADRESSE

Postscheckkonto oder Bankkonto Nr.:

Kontoinhaber (Name und Vorname)

Bank (Name und vollständige Adresse):
.....

Ort und Datum:

.....
Unterschrift der versicherten Person

.....
Unterschrift des Ehegatten / eingetragenen Partners

Bei diesem Dokument handelt es sich um eine Übersetzung. Massgebend ist einzig das französische Original.

BITTE ZURÜCK AN:

Fondation Collective FCPE-Pensio
Case postale 300
1001 Lausanne