

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:

.....

WAHL DER ALTERSLEISTUNG

Ich wünsche, meine Altersleistung bei Antritt des Ruhestandes wie folgt zu beziehen:

- die gesamte Altersleistung** in Kapitalform.
- % **des Altersguthabens** in Kapitalform.
- einen vom Altersguthaben abzuziehenden **Betrag von CHF**..... in Kapitalform.
- ein **Viertel des minimalen gesetzlichen Altersguthabens** in Kapitalform.

Der nicht bezogene Teil des Altersguthabens wird in Rentenform ausgezahlt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die folgenden Punkte zur Kenntnis genommen habe:

- Die Stiftung ist bezüglich des in Kapitalform ausgezahlten Teils der Altersleistungen von der Zahlung künftiger Leistungen befreit.
- Altersleistungen aus Einkäufen können während drei Jahren nach dem Einkauf nur in Rentenform bezogen werden.
- Nach Ablauf der im Reglement vorgesehenen Ankündigungsfrist für die Wahl der Altersleistung ist die in diesem Dokument angegebene Wahl unwiderruflich.

Die teilweise oder vollständige Auszahlung der Altersleistung in Kapitalform ist nur möglich, sofern der Ehegatte/eingetragene Partner der versicherten Person bei Antritt des Ruhestandes seine schriftliche Einwilligung gibt.

Ort und Datum:

.....
Unterschrift der/des Versicherten

.....
Unterschrift des Ehegatten / eingetragenen Partners

BITTE ZURÜCK AN:

Fondation Collective FCPE-Pensio
Case postale 300
1001 Lausanne