

ALTERSLEISTUNGEN

Antrag

Name und Vorname :
 Adresse, PLZ, Ort :
 Geburtsdatum : AHV-Nr.: Zivilstand* :
 Telefonnummer : E-Mail:
 Kinder bis 20 Jahre, oder in Ausbildung bis 25 Jahre ja** nein

* wenn geschieden, bitte eine Kopie des Scheidungsurteils beilegen

* eine Kopie des Familienausweises und des Ausbildungsnachweises beilegen

ALTERSLEISTUNGEN

Datum der Pensionierung und Leistungsformen

Datum der Rentenüberweisung

- Zum Referenzalter (65 Jahre*)
- Vor dem Referenzalter (frühestens mit 60 Jahren*) Gewünschtes Datum:
 Der/die Versicherte bezeugt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass er/sie keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.
- Nach dem Referenzalter (spätestens mit 70 Jahren*) Gewünschtes Datum:
 Der/die Versicherte bezeugt mit seiner/ihrer Unterschrift, dass er/sie weiterhin eine Erwerbstätigkeit ausübt.

Im Einverständnis mit meinem Arbeitgeber, möchte ich:

- die Beitragszahlung fortsetzen
 Ich nehme zur Kenntnis, dass nur der Teil der Beiträge, der den Altersgutschriften entspricht, gemäss Artikel 4 der Beilagen des CAPAV-Vorsorgereglements, berücksichtigt wird.
- die Beitragszahlung beenden und mein Alterskapital bei der CAPAV bis zur Beendigung meiner Erwerbstätigkeit belassen.

*Für Frauen: Alter gemäss AHVG

Leistungsformen

- Rente
- Kapital
- Rente + Kapital
 - gewünschtes Kapital: Fr. (der Saldo wird in eine Rente umgewandelt)
 - gewünschte Monatsrente: Fr. (der Saldo wird als Kapital ausbezahlt)

Zahladresse

- Name und Adresse der Bank oder PostFinance-Konto:
- IBAN-Nummer * :
- SWIFT-Nummer * :

*(zwingend erforderlich für Auslandszahlungen)

Für die Abklärung des Anspruchs auf Leistungen sind die Bestimmungen des Vorsorgereglements massgebend. Dieses Reglement kann auf unserer Website unter folgender Adresse eingesehen werden: www.capav.ch

Siehe Rückseite ➔

Bei verheirateten oder getrennt lebenden Personen benötigt unsere Kasse für eine Barauszahlung eine amtliche Beglaubigung der Unterschriften. Wir bitten Sie, die Unterschriften hierunter von einem/-r Notar/-in oder dem/-r Gemeindepräsidenten/-in beglaubigen zu lassen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift Ehegatte/-in bzw. eingetragene/-r Partner/-in:

Stempel und Unterschrift des Notars:
oder des/-r Gemeindepräsidenten/-in:

Einverständniserklärung

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit ihrer Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar: www.capav.ch.