



Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Meldung Kapitaloption

Arbeitgeber: _____

Mitglied-Nr.: _____

1. Personalien der zu versichernden Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, PLZ und Ort: _____

Geschlecht:

weiblich

männlich

Zivilstand: _____

Sozialversicherungs-Nr.: _____

2. Erklärung

Die unterzeichnende versicherte Person verlangt, dass bei Pensionierung ihr Altersguthaben gemäss Reglement in Form eines Kapitals ausbezahlt wird.

Bitte Anteil des gewünschten Kapitalbezugs angeben:

Das ganze Altersguthaben.

Einen Teil des Altersguthabens:

Betrag: CHF

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Name, Vorname des Ehegatten/ des eingetragenen Partners

Unterschrift Ehegatte/ eingetragener Partner

3. Kenntnisnahme

Die unterzeichnende versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass

- im Ausmass der Kapitalauszahlung die reglementarischen Leistungsansprüche (Altersrente, Pensionierten-Kinderrenten, Ehegatten- und Lebenspartnerrente sowie Waisenrenten) entsprechend entfallen,
- wenn freiwillige Einkäufe getätigt wurden, die daraus resultierenden Altersleistungen innerhalb der nächsten drei Jahre nur in Rentenform bezogen werden dürfen,
- diese Erklärung bis spätestens drei Monate vor der Pensionierung eingereicht werden muss und ab diesem Zeitpunkt unwiderruflich ist.