

## Anmeldeformular Altersleistungen ASK (Stiftung Alterssparkonten)

Zutreffendes bitte ankreuzen)

Firma / Kunden-Nr. \_\_\_\_\_

Versicherte Person (Name Vorname) \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Zivilstand

ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet  
 eingetragene Partnerschaft  getrennt lebend

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

### Zahladresse

Bank / Post (Adresse) \_\_\_\_\_

IBAN Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben vom Arbeitgeber:

Datum Ende Arbeitsvertrag / Änderung: \_\_\_\_\_

Reduzierter Lohn bei Teilpensionierung: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad nach Teilpensionierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel Unterschrift der Firma

### Angaben vom Arbeitnehmer:

Vollständige Pensionierung

Teilweise Pensionierung in Prozenten: \_\_\_\_\_  
Maximal 3 Teilschritte, mindestens zu 20%,

Unterstehen Sie der Quellensteuerpflicht?

Ja  Nein

Bei einer Ausreise aus der Schweiz, bitte eine Abmeldebestätigung der Schweizer Wohngemeinde und eine Anmeldebestätigung der ausländischen Wohngemeinde beilegen.

Die Ausrichtung eines Teilalterskapitals führt zu einer Reduktion des vorhandenen Altersguthabens um den Betrag des ausbezahlten Alterskapitals. Weitere Vorsorgeleistungen, welche von der Höhe des Altersguthabens abhängig sind, werden auf der Grundlage des reduzierten Altersguthabens berechnet.

Ich beantrage unwiderruflich die Auszahlung der Altersleistung im Zeitpunkt meiner tatsächlichen Pensionierung und nehme zur Kenntnis, dass mit der Ausrichtung des Alterskapitals anteilmässig sämtliche Ansprüche des Versicherten und seiner Hinterlassenen gegenüber der Stiftung Alterssparkonten erlöschen.

Bedingungen für den Bezug des ganzen oder teilweisen Alterskapitals:

In den letzten 3 Jahren habe ich keine Einkäufe in die reglementarischen Leistungen der beruflichen Vorsorge getätigt.

Meine Vorsorgeleistungen sind bei keiner Bank verpfändet.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

### **Bestätigung und Einverständniserklärung des Ehegatten / eingetragenen Partners**

Mit dem Bezug der Altersleistung meines Ehegatten / eingetragenen Partners gemäss den auf diesem Formular gemachten Angaben bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Ehegatten/eingetragenen Partners