

Antrag Kapitalbezug

Die Auszahlung ist steuerpflichtig.

Personalien Vorsorgenehmer

| | | | |
|--------------|------------|------------------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Strasse, Nr. | _____ | PLZ, Ort | _____ |
| Telefon | _____ | Land | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | Zivilstand | _____ |
| AHV-Nr. | 756. _____ | IBAN / Konto-Nr. | _____ |

Gewünschter Kapitalbezug in

CHF _____ oder in _____ %

bei

Vollpensionierung oder Teilpensionierung zu _____ %

Auszahlungsgrund mit Angabe der Unterlagen, die einzureichen sind¹

- Erreichen ordentliches Rentenalter / Teilpensionierung** bzw. bis 5 Jahre davor
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
 - Bei ledigem Zivilstand: beilegen eines Zivilstandsnachweises, resp. Kopie des Personenstandsausweises (www.ch.ch)
- Definitives Verlassen der Schweiz**

Vorsorgenehmer, die bei der Ausreise in ein EU- bzw. EFTA-Land nach wie vor obligatorisch der staatlichen Vorsorge für Alter und Invalidität angeschlossen sind, können lediglich den überobligatorischen Teil beziehen. Die Auszahlungsberechtigung für den obligatorischen Teil muss vom Vorsorgenehmer beim Sicherheitsfonds BVG in Bern abgeklärt werden (www.sfbvg.ch).

 - Abmeldebescheinigung der Schweizer Einwohnerkontrolle
 - Sofern Abmeldedatum älter 3 Monate Kopie der Wohnsitzbestätigung des aktuellen Wohnortes (nicht älter als 3 Monate)
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
- Aufnahme selbständige Erwerbstätigkeit im Haupterwerb** Auszahlung nur innerhalb eines Jahres nach Aufnahme
 - Aktuelle Bestätigung der AHV-Ausgleichskasse oder der Unfallversicherung
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
 - Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule Ja Nein
 - Im Haupterwerb seit: _____
- Invalidität** Invaliditätsgrad mind. 70%
 - Aktuelle Verfügung der Eidgenössischen Invalidenversicherung (nicht älter als 2 Jahre) oder aktuelle Rentenbestätigung mit Angabe des Invaliditätsgrades
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
- Endgültige Erwerbsaufgabe in der Schweiz von Grenzgängern**
 - Bestätigung der annullierten Grenzgänger-Bewilligung
 - Kopie der aktuellen Wohnsitzbestätigung
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
- Geringfügigkeit** Freizügigkeitsguthaben ist kleiner als ein Jahresbeitrag des Arbeitnehmers bei der ehemaligen Vorsorgeeinrichtung
 - Sofern PK-versichert Bestätigung der aktuellen Pensionskasse, dass ein Einkauf nicht möglich ist
 - Bestätigung der ehemaligen Vorsorgeeinrichtung, dass die Geringfügigkeit gegeben ist
 - Gültige Ausweiskopie des Vorsorgenehmers sowie des Ehepartners / eingetragenen Partners
 - Formular „Antrag auf Barauszahlung“ ausfüllen und unterschrieben beilegen

Die Pensionskasse der Gemeinde St. Moritz behält sich vor, weitere Dokumente und Beweismittel einzufordern.

Steuerdomizil zum Auszahlungszeitpunkt

Domizil Schweiz Steuermeldung erfolgt durch die Pensionskasse direkt an die Eidgenössische Steuerverwaltung

Domizil Ausland Quellensteuerabzug wird direkt durch die Pensionskasse vorgenommen

Bleiben aufgrund der eingereichten Unterlagen Zweifel über das Steuerdomizil, behält sich die Pensionskasse der Gemeinde St. Moritz vor, bei der Auszahlung Quellensteuern zu erheben.

Wohnsitzadresse im Ausland

 sofern abweichend von Personalien

Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Land _____

Gültig ab Datum _____

Überweisung

 Konto lautend auf den Vorsorgenehmer (zwingend auszufüllen)

Konto-Nr. oder IBAN _____

Kontoinhaber _____

Adresse des Begünstigten _____

(Strasse, PLZ, Ort, Land)

Name der Bank oder Bank-Clearing-Nr. _____

Unterschriften

Sämtliche Auszahlungsgründe können nur mit der schriftlichen Zustimmung des Ehepartners bzw. des eingetragenen Partners geltend gemacht werden.

Der Vorsorgenehmer bestätigt, dass in den vergangenen 3 Jahren vor der Auszahlung der Freizügigkeitsleistung keine Einkäufe in eine Vorsorgeeinrichtung der 2. Säule getätigt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Vorsorgenehmer

Ort, Datum

Beglaubigte Unterschrift Ehepartner / eingetragener Partner

Pensionskasse der Gemeinde St. Moritz

 Unterschrift(en) unterzeichnet (sofern nicht beglaubigt unterzeichnet)

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Verwalter Pensionskasse

Senden an:

Pensionskasse der Gemeinde St. Moritz, Via Maistra 12, 7500 St. Moritz