

Antrag auf Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung**Angaben der versicherten Person**

Soz.-Vers.-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

- Ich nehme im Haupterwerb eine selbständige Tätigkeit auf und bestätige hiermit, dass ich die Freizügigkeitsleistung in vollem Umfang in den eigenen Betrieb investiere und nicht mehr der obligatorische Vorsorge unterstehe.
(Bitte legen Sie eine Bestätigung der zuständigen AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnummer bei.)
- Ich verlasse endgültig die Schweiz
(Bitte legen Sie eine Kopie der definitiven Abmeldebescheinigung der Einwohnerkontrolle bei.)
- Ich reise in folgendes Land der EU/EFTA aus: _____
Vor einer Auszahlung muss **zwingend** abgeklärt werden, ob Sie dort sozialversicherungspflichtig sind. Dazu ist das "Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht" für das betreffende Land auszufüllen. Es ist bei folgender Behörde erhältlich:
- Verbindungsstelle www.verbindungsstelle.ch
Sicherheitsfonds BVG info@verbindungsstelle.ch
Postfach 1023
CH-3000 Bern 14
- Zusammen mit dem Formular erhalten Sie ein Merkblatt, das den Ablauf des Verfahrens beschreibt. Nach dessen Abschluss werden wir Sie über den möglichen Auszahlungsbetrag informieren.
- Ich reise in folgendes Land ausserhalb der EU/EFTA aus: _____
- Meine Freizügigkeitsleistung ist geringer als mein jährlicher Arbeitnehmersparbeitrag.

Ihre Zahlungsverbindung Bank Post Konto-Nr.: _____

IBAN (zwingend): _____

Bank (Name, PLZ, Ort, Land): _____

SWIFT/BIC (für Ausland): _____ Clearing: _____

Kontoinhaber Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____ Land: _____

Bestätigung des Wohnsitzes

Zum Zeitpunkt der Auszahlung habe ich meinen Wohnsitz in der Schweiz im Ausland
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Steuerbehörden einen Kapitalbezug innerhalb von 3 Jahren nach einem Einkauf verbieten, bzw. steuerlich wieder aufrechnen können.

Ort

Datum

Unterschrift der/s Antragstellerin/-s

Ehegatte/eingetragener Partner ist mit der Auszahlung des Altersguthaben in Kapitalform einverstanden:

_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift des Ehegatten / Partners
		_____ Name, Vorname des Ehegatten / Partners

Hinweis zum Bezug in Kapitalform:

Wenn die versicherte Person verheiratet ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt, ist die beglaubigte Unterschrift des Ehegatten/Partners **zwingend** erforderlich. Andernfalls ist ein Personenstandsnachweis beizulegen, der nicht älter als 3 Monate ist.