

Vorzeitige Pensionierungsmeldung

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

Versicherte Person

Name	Vorname	Versichertennummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Pensionierung per			
Haben Sie in den letzten drei Jahren Einkäufe für fehlende Beitragsjahre oder vorzeitige Pensionierung getätigt?		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (wenn Ja, bitte ausfüllen)
		Betrag	Datum
Ich nehme davon Kenntnis, dass die aus Einkäufen resultierenden Altersleistungen innerhalb von drei Jahren ab Einkauf nur in Rentenform bezogen werden dürfen.			

Angaben zur Pensionierung

Ist die versicherte Person voll erwerbsfähig?	Pensionierung aus gesundheitlichen Gründen?	Bezieht die versicherte Person anderweitig eine Rente?	Bei anderweitigem Rentenbezug:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> aus IV? <input type="checkbox"/> aus Militärversicherung? <input type="checkbox"/> aus Unfallversicherung?
Vorzeitige Pensionierung?		AHV-Überbrückungsrente?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Mit <input type="checkbox"/> Ohne	

Auszahlungsadresse

Kontoinhaber/in			
Zahlstelle			
Postkonto	IBAN/Bankkonto-Nr.	BIC (SWIFT-Adresse) der Bank	Clearing Nr. der Bank

Rente oder Kapital

Die Altersleistung ist auszuzahlen als	<input type="checkbox"/> lebenslängliche Rente <input type="checkbox"/> einmalige Kapitalabfindung	<input type="checkbox"/> Teil Kapital/Teil Rente wenn ja:% Kapital (Reglementsbestimmungen beachten)
--	---	---

Bei Kapitalbezug Für Ledige, Geschiedene, gerichtlich aufgelöste Partnerschaft, Verwitwete

Beilage Personenstandsausweis
Bei ledigen, geschiedenen, verwitweten Personen oder bei gerichtlich aufgelösten Partnerschaften ist ein Personenstandsausweis beizulegen. Andernfalls ist bei einem Kapitalbezug die Bestätigung des Ehe- oder Lebenspartners notwendig.

Bestätigung Ehepartner/ Lebenspartner

Datum	Unterschrift Ehepartner/Lebenspartner (nur bei Kapitalauszahlung)
-------	---

Unterschriften

Datum	Datum
Unterschrift des Arbeitgebers	Unterschrift der versicherten Person

Senden an

Vorsorgestiftung Film und Audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur