

# Antrag für Kapitalauszahlung im Erlebensfall

## Arbeitgeber

Name und Adresse

---

## Vertrags-Nr.

---

## Versicherte Person

Name	Vorname	
Adresse	PLZ und Ort	
Geburtsdatum	AHV-Nummer / SV-Nummer	Zivilstand

---

**Diese Erklärung ist spätestens 3 Monate vor Entstehung des Leistungsanspruches einzureichen.**

Falls beim Erreichen des Pensionierungsalters ein Anspruch auf eine Invalidenrente entsteht, verliert die Erklärung ihre Gültigkeit.

Die versicherte Person stellt hiermit den Antrag, die beim Erreichen des Rücktrittsalters fällige Altersleistung als Kapitalauszahlung zu beziehen. Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass mit der Kapitalauszahlung sämtliche reglementarischen Ansprüche auf weitere Leistungen abgegolten sind.

Bei verheirateten versicherten Personen ist für die Barauszahlung die amtlich beglaubigte Unterschrift der versicherten Person und deren Ehegatten zwingend erforderlich.

---

**Ort und Datum**

---

**Unterschrift der austretenden Person**

---

**Ich bin mit der Barauszahlung einverstanden**

---

**Unterschrift des Ehegatten**

---

**Amtliche Beglaubigung beider Unterschriften**