

Formular für Aktivversicherte

Austritt

Einsenden an: Pensionskasse der Siemens-Gesellschaften in der Schweiz,
Freilagerstrasse 40, 8047 Zürich

Versicherte Person

Name: _____ Vorname: _____

Strasse Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: 756. _____

Zivilstand:
 ledig verheiratet verwitwet geschieden eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

Arbeitgeber: _____ Austrittsdatum: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Falls verheiratet/eingetragene Partnerschaft:

Besteht ein laufendes Scheidungsverfahren? Ja Nein

Falls ja:

Stand des Scheidungsverfahrens: _____

Gründe für den Austritt

- Stellenwechsel
- Kündigung durch Arbeitgeber
- Anderer Grund, nämlich: _____

Arbeitsfähigkeit

Sind Sie zum Zeitpunkt des Austritts voll arbeitsfähig? Ja Nein

Falls nein:

Grad der Arbeitsunfähigkeit in %: _____ Arbeitsunfähig seit (Datum): _____

Verwendung der Freizügigkeitsleistung

- Neue Pensionskasse* (Bitte Einzahlungsschein beilegen und nachfolgenden Frageblock ausfüllen)
 - Andere Freizügigkeitseinrichtung* (Bitte Einzahlungsschein und Eröffnungsformular beilegen sowie nachfolgenden Frageblock ausfüllen)
 - Antrag auf Barauszahlung (Bitte Formular «Antrag auf Barauszahlung» ausfüllen; das Formular kann auf www.pk-siemens.ch → Infocenter/Formulare heruntergeladen werden)
-

***Neue Pensionskasse/Andere Freizügigkeitseinrichtung**

Name Pensionskasse/Freizügigkeitseinrichtung:

Strasse Nr.:

PLZ: Ort:

Bank: IBAN:

PLZ (Bank): Ort (Bank):

Neuer Arbeitgeber

Name Arbeitgeber:

Strasse Nr.:

PLZ: Ort:

Information für Personen, die älter als 58 Jahre sind

Eine Überweisung der Freizügigkeitsleistung ist nur möglich, wenn Sie eine selbständige oder un-selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen oder bei der Arbeitslosenkasse einen Antrag auf Ausrichtung von Arbeitslosenentschädigung stellen. Dadurch verzichten Sie auf die Leistungen bei vorzeitiger Pensionierung der PK Siemens. Bitte senden Sie uns die Anmeldebestätigung der Arbeitslosenkasse oder eine Bestätigung betreffend selbständiger oder unselbständiger Erwerbstätigkeit (Arbeitsvertrag/Lohnbescheinigung).

Unterschrift

Ich bestätige, dieses Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift versicherte Person