



## Antrag Übertrag an die neue Pensionskasse

---

Die männliche umfasst jeweils auch die weibliche Form sowie die Einzahl die Mehrzahl. Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen. Sämtliche Angaben sind obligatorisch. Streichungen oder Korrekturflüssigkeiten sind unzulässig.

Der unterzeichnete Vorsorgenehmer beantragt die Übertragung des untenstehenden Freizügigkeitsguthabens an eine Pensionskasse.

### Personalien

Konto Nr. \_\_\_\_\_

Frau  Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon 1 \_\_\_\_\_

Telefon 2 \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität/en \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

### Zivilstand

ledig

geschieden seit (Datum) \_\_\_\_\_

in aufgelöster eingetragener Partnerschaft seit (Datum) \_\_\_\_\_

verwitwet von Ehepartner / eingetragenen Partner seit (Datum) \_\_\_\_\_

verheiratet / in eingetragener Partnerschaft (Bitte Untenstehendes ausfüllen.)

• Datum der Eheschliessung / Eintragung der Partnerschaft \_\_\_\_\_

• Name und Vorname Ehepartner / eingetragener Partner \_\_\_\_\_

• Geburtsdatum Ehepartner / eingetragener Partner \_\_\_\_\_

• Geschlecht Ehepartner / eingetragener Partner  weiblich  männlich



Ich darf nicht mein gesamtes Freizügigkeitsguthaben in die neue Pensionskasse einbringen?

- Nein (Das gesamte Guthaben wird übertragen, freiwillige Teilübertragungen sind nicht möglich.)
- Ja (Bitte Bestätigung der Pensionskasse über die Höhe der maximal übertragbaren Freizügigkeitsleistung beilegen. Dieser Maximalbetrag wird übertragen.)

### Auszahlungsanweisung

Name der Pensionskasse

---

IBAN / Konto Nr.

---

Bankname und IID (Clearing-Nr.)  
(nur falls keine IBAN)

---

Adresse

---

PLZ und Ort

---

Referenz / Versicherten-Nr. / Policen-Nr.

---

Kontaktperson bei Vorsorgeeinrichtung

---

Telefon

---

Termin (längstens sechs Monate  
nach Eingang des Antrags)

frühester Termin

oder

---

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben und der eingereichten Dokumente. Ich ermächtige die Freizügigkeitsstiftung der WIR Bank («Stiftung»), falls erforderlich, ihrerseits weitere Abklärungen u. a. bei Gerichten, Behörden und Vorsorgeeinrichtungen vorzunehmen. Die Stiftung übernimmt keine Haftung für die Folgen verspätet oder nicht ausgeführter Zahlungen, insbesondere bei der Auszahlung gegen Jahresende. Ich nehme zu Kenntnis, dass die Stiftung den gerichtlichen Entscheid an die nachfolgende Vorsorgeeinrichtung weiterleiten muss. **Es gilt Schweizer Recht. Gerichtsstand und Erfüllungsort ist Basel.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Vorsorgenehmer

Bitte mit benötigten Beilagen einsenden an: Freizügigkeitsstiftung der WIR Bank, Postfach, 4002 Basel

### **Obligatorische Beilagen:**

- Kopie gültiger amtlicher Ausweis Vorsorgenehmer

\_\_\_\_\_

- Kopie Bestätigung der Pensionskasse, dass es sich beim Auszahlungskonto gemäss Antrag um ein Konto (bei) einer Pensionskasse handelt

\_\_\_\_\_

- Kopie Bestätigung Pensionskasse über die Höhe der maximal übertragbaren Freizügigkeitsleistung, falls nötig gemäss Antrag