



# Antrag auf Kapitalbezug der Altersleistungen

(Art. 8 des Vorsorgereglements)

## Hinweise zum Kapitalbezug

**Teilpensionierung:** Reduziert eine versicherte Person nach Vollendung des 58. Altersjahres im Einvernehmen mit der Firma ihr Arbeitsverhältnis und sinkt dadurch ihr massgebender Jahreslohn um mindestens 20 %, so kann sie eine Teilpensionierung verlangen. Der Grad der Teilpensionierung entspricht der prozentualen Reduktion des massgebenden Lohnes. Durch die Teilpensionierung werden die dem Grad der Teilpensionierung entsprechenden Altersleistungen fällig.

**Kapitalbezug:** Bei Teilpensionierung kann der Anteil des Sparkapitals, der dem Grad der Teilpensionierung entspricht, ganz oder teilweise in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung bezogen werden. Die fällige Altersrente sowie die mitversicherte Ehegatten- und Kinderrente werden bei einem Teilbezug anteilmässig gekürzt. Auf dem ausbezahlten Teil des Sparkapitals sind sämtliche Ansprüche gegenüber der Pensionskasse abgegolten.

**Anmeldefrist:** Ein Kapitalbezug muss spätestens 3 Monate vor der Teilpensionierung schriftlich bei der Pensionskasse angemeldet werden.

**Einschränkung:** Die aus persönlichen Einkäufen resultierenden Altersleistungen dürfen innerhalb von 3 Jahren ab dem Einkauf nur in Rentenform bezogen werden.

**Steuern:** Pensionskassen sind gesetzlich verpflichtet, Kapitalauszahlungen der eidg. Steuerverwaltung in Bern zu melden, sofern diese den Betrag von CHF 5'000.- übersteigen. Bei Personen, die ihren Wohnsitz im Zeitpunkt der Kapitalauszahlung im Ausland haben, muss bei der Auszahlung ein Quellensteuerabzug vorgenommen werden.  
Für weitere Auskünfte zum Thema Steuern wollen Sie sich bitte direkt an die für Sie zuständige Steuerbehörde wenden. Die Pensionskasse der TX Group AG kann diesbezüglich keine Fragen beantworten.

Bei verheirateten oder in eingetragener Partnerschaft lebenden Versicherten muss der Ehe- bzw. eingetragene Partner dem Kapitalbezug mittels einer amtlich beglaubigten Unterschrift zustimmen (siehe letzte Seite).  
Unverheiratete Versicherte haben als Nachweis für ihren Zivilstand ein amtliches Dokument einzureichen.

Bitte senden Sie das gesamte Formular (bestehend aus 3 Seiten), vollständig ausgefüllt, unterschrieben und zusammen mit den notwendigen Unterlagen, zurück an folgende Adresse:

Pensionskasse der TX Group AG  
Postfach  
8021 Zürich

## Personalien

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Datum der Teilpensionierung: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Kapitalleistung:

- Bei meiner Teilpensionierung wünsche ich das gesamte, dem Grad meiner Teilpensionierung entsprechende Sparkapital, in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung zu beziehen.
- Bei meiner Teilpensionierung wünsche ich, vom Sparkapital, das dem Grad meiner Teilpensionierung entspricht, den Anteil von .....% oder den Betrag von CHF ..... in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung zu beziehen. Der nicht in Kapitalform bezogene Anteil meines dem Grad meiner Teilpensionierung entsprechenden Sparkapitals wird nach den Bestimmungen des bei der Teilpensionierung gültigen Vorsorgereglements in eine Altersrente umgewandelt.

## Zusätzliche Angaben:

1) Ich habe in den letzten 3 Jahren „freiwillige Einkäufe“ getätigt.

Ja  Nein Wenn ja, Datum des Einkaufs: \_\_\_\_\_ Betrag: \_\_\_\_\_

2) Ich habe bereits aus anderen Vorsorgeverhältnissen mindestens einen (Teil-)Alterskapitalbezug getätigt oder beantragt.

Ja  Nein. Wenn ja:

Betrag / Datum 1. Bezug: \_\_\_\_\_ Name der Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Betrag / Datum 2. Bezug: \_\_\_\_\_ Name der Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Betrag / Datum 3. Bezug: \_\_\_\_\_ Name der Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

## Bestätigung und Unterschrift:

Ort,  
Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der  
versicherten Person \_\_\_\_\_

Name/Vorname versicherte Person: \_\_\_\_\_  
(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

**Gewünschte Auszahlungsadresse:**

Bank/Post (mit Adresse): \_\_\_\_\_

Lautend auf: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

**Bestätigung und Unterschrift:**

Ort, \_\_\_\_\_ Unterschrift der  
Datum \_\_\_\_\_ versicherten Person \_\_\_\_\_

**Zustimmung des Ehepartners bzw. eingetragenen Partners:**

Name/Vorname Ehe- bzw. eingetragener Partner: \_\_\_\_\_  
(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Ich bin mit dem auf der Seite 2 dieses Formulars erwähnten Kapitalbezug oder Teilkapitalbezug meines Ehepartners bzw. eingetragenen Partners einverstanden.

Ort, \_\_\_\_\_ Unterschrift Ehe- bzw.  
Datum \_\_\_\_\_ eingetragener Partner \_\_\_\_\_

**Amtliche Beglaubigung**

(Amtliche Beglaubigung der Unterschrift des Ehe- bzw. eingetragenen Partners)

Die obgenannte Person (Ehe- bzw. eingetragener Partner) hat diese Erklärung in meinem Beisein unterzeichnet.  
Alle Angaben entsprechen dem mir vorgelegten Personenausweis (Pass, ID)

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------