

Antrag zum Aufschub der Pensionierung – Altersleistungen

Arbeitgeber _____ Ort/Kanton _____

Firmen-Nr. _____ Vorsorgeplan _____

selbständigerwerbend angestellt

Personalien der versicherten Person

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. _____

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____

Geschlecht

weiblich männlich

Sprache

deutsch französisch italienisch

Zivilstand

ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____ verwitwet

in eingetragener Partnerschaft seit _____

in aufgelöster Partnerschaft gerichtlich seit _____ durch Tod

Hinweise

- Die versicherte Person hat die Möglichkeit, den Bezug der Altersleistungen über das ordentliche Rentenalter hinaus maximal bis Alter 70 aufzuschieben. Der Aufschub ist nur möglich, wenn die Erwerbstätigkeit fortgesetzt wird. Wird die Erwerbstätigkeit beendet, muss gleichzeitig die Pensionierung beantragt werden.
- Die Beitragspflicht endet mit Erreichen des ordentlichen Rentenalters. Die Fortführung der Beitragszahlung ist auf Wunsch möglich. In diesem Fall gilt die bisherige Aufteilung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen.
- **Die effektive Pensionierung muss spätestens 3 Monate vor dem geplanten Pensionierungsdatum** mit dem dafür vorgesehenen Formular «Antrag für die Pensionierung – Altersleistungen» samt Beilagen **beantragt werden**.
- Liegt beim Aufschub der Pensionierung der gewünschte Zeitpunkt nicht mehr als 6 Monate in der Zukunft, kann die Pensionierung direkt mit dem dafür vorgesehenen Formular beantragt werden (bitte beachten Sie die Meldefrist von 3 Monaten für den Kapitalbezug).
- Weitere Bestimmungen entnehmen Sie bitte dem Leistungsreglement sowie dem Merkblatt zur Pensionierung.

Aufschub der Pensionierung

Aufschub der Pensionierung gewünscht, aber Pensionierungsdatum noch nicht bekannt
(maximal bis Alter 70 möglich)

Aufschub der Pensionierung gewünscht bis _____
(Pensionierungsdatum ist bereits bekannt)

Beitragszahlung während des Aufschubs

Keine weitere Beitragszahlung gewünscht
(das vorhandene Altersguthaben wird weiterhin verzinst)

Ich wünsche weiterhin die Entrichtung von Beiträgen
(Sparbeiträge und Verwaltungskosten; die Beiträge für die Risikoleistungen entfallen)

Ort/Datum _____

Unterschriften

Versicherte Person

Arbeitgeber

(Seite 2, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14