

Formular drucken

Aargauische Pensionskasse
Abteilung Versicherung
Hintere Bahnhofstrasse 8
Postfach
5001 Aarau

Antrag Alterskapitalbezug

Personalien

Vorname, Name _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

PK-Nummer _____

Datum und Höhe des Alterskapitalbezuges

Datum (teilweiser) Altersrücktritt _____

Ich beantrage die Auszahlung eines Alterskapitals in der Höhe von:

_____ % des gesamten Sparguthabens; oder

CHF _____

Angaben für die Überweisung

Bank/Postfinance _____

PLZ, Ort _____

IBAN _____

Unterschriften

	Versicherte Person**	Zustimmung Ehepartner/in, Partner/in der eingetragenen Partnerschaft*
Datum	_____	_____
Unterschrift	_____	_____

* Die Unterschrift muss entweder amtlich beglaubigt oder unter Vorlage eines amtlichen Personalausweises persönlich am Sitz der APK geleistet werden. Die Beglaubigung darf zum Pensionierungszeitpunkt nicht älter als 6 Monate sein.

** falls Sie unverheiratet bzw. in keiner eingetragenen Partnerschaft sind, bitten wir Sie uns einen Personenstandsausweis zuzusenden, der zum Pensionierungszeitpunkt nicht älter als 6 Monate sein darf.

Der schriftliche Antrag auf Ausrichtung des Alterskapitals ist vor dem Pensionierungszeitpunkt einzureichen. Mit Ihrer Unterschrift nehmen Sie zur Kenntnis, dass ein teilweiser oder vollständiger Widerruf dieses Antrags nach dem Pensionierungszeitpunkt nicht mehr möglich ist (Art. 30. Abs. 4 Vorsorgereglement).