

## Kündigung freiwillige Weiterversicherung

Mithilfe des vorliegenden Formulars können Sie gemäss Art. 17<sup>bis</sup> Abs. 7 Vorsorgereglement die freiwillige Weiterversicherung auf das Ende des der Kündigung folgenden Monats beenden. Massgebend ist das Eintreffen der Kündigungserklärung bei der Stiftung.

### Ihre Angaben

Name / Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	Wohnort:
E-Mail:	Tel.:

Ich möchte die freiwillige Weiterversicherung gemäss Art. 17<sup>bis</sup> Abs. 7  
Vorsorgereglement per \_\_\_\_\_ kündigen.



### Verarbeitung Austritt aus der Sammelstiftung Symova

Aufgrund der Beendigung der freiwilligen Weiterversicherung auf das Ende des der Kündigung folgenden Monats treten Sie somit aus der Sammelstiftung Symova aus. Nach dem Austritt sind Sie während eines Monats für die Leistungen bei Tod und Invalidität bei uns versichert. Treten Sie während dieses Monats ein neues Arbeitsverhältnis an, so ist die neue Vorsorgeeinrichtung zuständig.

#### **Austritt innerhalb der ersten zwei Jahre der freiwilligen Weiterversicherung:**

Sollten Sie die Stiftung innerhalb der ersten beiden Jahre der freiwilligen Weiterversicherung und bevor ein Vorsorgefall eingetreten ist, verlassen, haben Sie zwei Wahlmöglichkeiten:

Sie haben Anspruch auf Ihre **Austrittsleistung** nach FZG, können sich somit Ihr Freizügigkeitsguthaben auf ein Freizügigkeitskonto Ihrer Wahl auszahlen lassen. Bei Beendigung der freiwilligen Weiterversicherung, spätestens bei Erreichen des ordentlichen Rücktrittsalters können Sie hingegen auch einen Anspruch auf **Altersleistungen** geltend machen. Vorbehalten bleibt eine Weiterführung der Erwerbstätigkeit.

An dieser Stelle weisen wir Sie darauf hin, dass Freizügigkeitseinrichtungen in der Regel keine Rentenleistungen auszahlen.

Sie haben zudem die Möglichkeit eines **Kapitalbezuges**. Dieser muss aber mittels separatem Formular fristgerecht angemeldet worden sein.

#### **Austritt nach über zwei Jahren freiwillige Weiterversicherung:**

Sollte die freiwillige Weiterversicherung mehr als zwei Jahre gedauert haben, müssen Sie Ihre Vorsorgeleistungen gemäss Art. 25 Abs. 3 Vorsorgereglement **in Rentenform** beziehen. Ein Kapitalbezug ist nicht mehr möglich.

Ich möchte meinen Anspruch auf Altersleistungen (Altersrente) geltend machen.



Datum der Pensionierung

Post- oder Bankkonto IBAN für die Überweisung der Altersrente \*

Kontoinhaber

Name und Ort der Bank

Name und Vorname Ehegatte

Geburtsdatum

\* Bitte Einzahlungsschein, Bestätigung der Bank oder Kopie der Bankkarte beilegen

Grundsätzlich ist eine Überweisung nur auf ein Post- oder Bankkonto in der Schweiz möglich. Die Kosten für Überweisungen ins Ausland gehen zu Lasten des Anspruchsberechtigten. Bei wiederkehrenden Leistungen (Rentenzahlungen) erhebt die Stiftung für jede Überweisung auf ein ausländisches Bankkonto eine Kostenpauschale von CHF 5.00.

### Angaben über den Wohnsitz zum Zeitpunkt der Pensionierung

Wohnsitz in der Schweiz

Ja

Nein

Wenn nein, Wegzug ins Ausland per

Datum:

\*

\* Original-Abmeldebestätigung der Gemeindeverwaltung beilegen

**Ich möchte meinen Anspruch auf die Austrittsleistung geltend machen.\*\***

\*\* **Hinweis:** Nur möglich, wenn die freiwillige Weiterversicherung weniger als zwei Jahre gedauert hat.

### Bei Übertritt zu einem neuen Arbeitgeber (bitte Einzahlungsschein und/oder Bestätigung beilegen)

Name neuer Arbeitgeber

Name neue Vorsorgeeinrichtung

Adresse der neuen Vorsorgeeinrichtung

Bankkonto IBAN der neuen Vorsorgeeinrichtung

Postkonto der neuen Vorsorgeeinrichtung

Clearingnummer

Name und Ort der Bank

### Auf mein bereits bestehendes oder neu eröffnetes Freizügigkeitskonto (bitte Bestätigung der Bank und Einzahlungsschein beilegen)

Bankkonto IBAN

Clearingnummer

Name und Ort der Bank



Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

- Bitte stellen Sie uns das Kündigungsformular an die **Sammelstiftung Symova, Beundenfeldstrasse 5, 3013 Bern** oder elektronisch an [info@symova.ch](mailto:info@symova.ch) (Kündigungsformular als Scan) zu.

