

Versicherte Person

Name		Versicherungsnummer
Vorname		Geburtsdatum
Adresse		
PLZ / Ort		Sozialversicherungs-Nr.
Zivilstand		Heiratsdatum

Arbeitgeber/Unternehmung

Arbeitgeber	Telefon
Kontaktperson	E-Mail
Adresse	
PLZ / Ort	

Datum der Pensionierung

Vollpensionierung **Ja** **Nein**

Teil-Pensionierung

Beschäftigungsgrad bisher %	Beschäftigungsgrad neu %
Jahreslohn bisher CHF	Jahreslohn neu CHF
Überbrückungsrente	monatlicher Betrag
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Durch die versicherte Person auszufüllen:

Partner/In der versicherten Person

Name	Sozialversicherungs-Nr.
Vorname	Geburtsdatum

Kapitalbezug

Kapitalbezug gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Basisplan</td> <td>Betrag oder %</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zusatzplan</td> <td>Betrag oder %</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Basisplan	Betrag oder %	<input type="checkbox"/> Zusatzplan	Betrag oder %
<input type="checkbox"/> Basisplan	Betrag oder %				
<input type="checkbox"/> Zusatzplan	Betrag oder %				

Der Kapitalbezug muss der Pensionskasse Post schriftlich bis spätestens einen Monat vor der Pensionierung mitgeteilt werden (Formular auf der Website www.pkpost.ch).



Meldeformular Pensionierung für Arbeitgeber

Angabe der Zahladresse

IBAN

Name und Adresse der Bank

Bemerkung

Anspruchsberechtigte Kinder (bis 25. Altersjahr)?

Ja Nein

Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse

Für Kinder zwischen 18 und 25 Jahren ist eine aktuelle Ausbildungsbestätigung oder eine IV-Verfügung beizulegen.

Personalzeitung - Datenbekanntgabe durch die PK Post

Zustimmung zur Datenbekanntgabe (Adresse, Geburts-/Todesfalldatum) durch die PK Post an Dritte.

- Einwilligung zur Adressbekanntgabe an die Post zwecks Zustellung der Personalzeitung Ja Nein
- Einwilligung zur Bekanntgabe runder Geburtstage und Todesfalldatum an die Post zwecks Publikation in der Personalzeitung Ja Nein
- Einwilligung zur Adressbekanntgabe an die privaten Pensioniertenvereine zwecks Pflege von deren Adressdatenbanken Ja Nein

Ort, Datum

X

Unterschrift

Für Rückfragen bitte angeben:

E-Mail

Telefon

Bitte das Formular gut leserlich, vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Danke!