

Übertragung der Freizügigkeitsleistung

Bitte dieses Formular an die bisherige Vorsorgeeinrichtung bzw.
Freizügigkeitseinrichtung senden:

Adresse

Versicherte Person	Name	_____
	Vorname	_____
	Strasse, Nr.	_____
	PLZ, Ort	_____
	Geburtsdatum	_____
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
	Versicherten-Nr.	_____
	Vertrag	_____

- Instruktionen für die bisherige Vorsorgeeinrichtung**
- Bitte lösen Sie meine Freizügigkeitspolice / mein Freizügigkeitskonto Nr. _____ auf (unzutreffendes durchstreichen)
 - Bitte übertragen Sie meinen Anspruch an meine Vorsorgeeinrichtung
 - Bitte geben Sie mit der Überweisung den obligatorischen Anteil am Gesamtbetrag an
 - Bitte senden Sie eine **Kopie der Austrittsabrechnung** an folgende Korrespondenzadresse:
VS-ZAV, c/o Swiss Life AG, Unternehmensgeschäft, Postfach, 8022 Zürich

Unterschrift

Versicherte Person

Datum	Ort	Unterschrift
_____	_____	_____

Zahlstelle Zahlungsempfänger IBAN Konto Swiss Life AG, Kollektivversicherungen, Postfach, 8022 Zürich
CH77 0900 0000 8000 0936 4

Notwendige Angaben auf dem Überweisungsauftrag	Name, Vorname	_____
	Vertrag / Versicherten-Nr.	_____ / _____
	BVG-Anteil an der Überweisung	CHF _____
	Zahlungszweck	«Freizügigkeitsleistung»