

Auftrag für den Übertrag Ihrer Freizügigkeitsleistung

Auftrag für den Übertrag Ihrer Freizügigkeitsleistung von einer Vorsorgeeinrichtung im Rahmen der 2. Säule zu der Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank

Mit Unterzeichnung des vorliegenden Auftrags weisen Sie Ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung an, Ihre Freizügigkeitsleistung auf Ihr Freizügigkeitskonto bei der Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank zu überweisen. Gleichzeitig bestätigt die Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank zuhanden Ihrer bisherigen Einrichtung auf der zweiten Seite dieses Auftrags, dass der zu überweisende Betrag einem Freizügigkeitskonto gutgeschrieben wird (sofern alle dafür notwendigen Unterlagen und Angaben vorliegen).

Adresse der bisherigen Vorsorgeeinrichtung

Bisherige/s Konto-Nr./Police-Nr.:

Personalien des Vorsorgenehmers

Frau Herr

Name

Vorname

Partnerstamm-Nr.

(bankintern)

Strasse/Nr.

Geburtsdatum

Postfach

Zivilstand

PLZ/Ort

Zivilstand seit

Land

Sozialversicherungs-Nr.

(13-stellige AHV-Nr.)

Nationalität

Bürgerort CH



Auftrag an die bisherige Vorsorgeeinrichtung

Hiermit beauftrage ich meine Vorsorgeeinrichtung, mein Freizügigkeitsguthaben an die Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank zu überweisen (Wertschriften sind vor dem Übertrag zu liquidieren).
Bei der Auflösung von Freizügigkeitspolicen und der Übertragung des Rückkaufwertes auf das Freizügigkeitskonto entfällt der Versicherungsschutz.

Bank	Zürcher Kantonalbank Postfach 8010 Zürich
Clearing-Nummer	700
IBAN Gutschriftskonto Freizügigkeit	CH33 0070 0110 0062 5719 6
Vorsorgeguthaben	<input type="checkbox"/> Übertrag gesamtes Freizügigkeitsguthaben <input type="checkbox"/> Übertrag Teilbetrag von CHF _____

Ich bestätige, die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank erhalten und zustimmend zur Kenntnis genommen zu haben. Ebenso bestätige ich, dass ich mich selber über allfällig anfallende Kosten meiner bisherigen Vorsorgeeinrichtung, die infolge des Übertrags anfallen können, orientiert habe und diese selber trage.

Ort, Datum

Unterschrift Vorsorgenehmer (zwingend)

Bitte senden Sie den Auftrag ausgefüllt, unterzeichnet und mit untenstehender Bestätigung an Ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung.

Bestätigung der Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank zuhanden der bisherigen Vorsorgeeinrichtung

Gerne bestätigen wir, dass das auf der Seite 2 dieses Auftrags aufgeführte ZKB Freizügigkeitskonto im Rahmen einer gebundenen Vorsorgevereinbarung i.S.v. Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG), dem Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (FZG) sowie den dazugehörigen Verordnungen eröffnet worden ist.

Ort, Datum

Freizügigkeitsstiftung der Zürcher Kantonalbank
→ Stempel und Unterschrift