

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. (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
- auf

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 Zahlungszweck	<table border="1"><tr><td>_____ / _____</td><td>Geburtsdatum _____</td></tr><tr><td>CHF _____</td><td>«Freizügigkeitsleistung»</td></tr></table>	_____ / _____	Geburtsdatum _____	CHF _____	«Freizügigkeitsleistung»
_____ / _____	Geburtsdatum _____					
CHF _____	«Freizügigkeitsleistung»					