

Bitte Formular ausfüllen, unterzeichnen und einsenden an:

Vertraulich

Pensionskasse Spital Netz Bern
Länggassstrasse 7
3012 Bern

Meldung (Teil-)Pensionierung Pensionskasse Spital Netz Bern

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Geburtsdatum _____ SV-Nr. 756. _____
Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

weiblich männlich Lebensgemeinschaft mit Unterstützungsvertrag *
 ledig verheiratet * geschieden * verwitwet *

*gilt sinngemäss sowohl für die eheliche Gemeinschaft als auch für die eingetragene Partnerschaft

Heiratsdatum _____
Name Partner/in _____ Vorname Partner/in _____
Geburtsdatum Partner/in _____ SV-Nr. 756. _____

Vollständige Pensionierung

Datum der Pensionierung _____

Rentenbezug

Kapitalbezug

Gesamtes Kapital

Teilbetrag CHF _____ (restlicher Teil als Altersrente)

Teil-Pensionierung

Datum der Teil-Pensionierung _____ zu _____ % (mind. 20% der Altersleistung)

Neuer Beschäftigungsgrad _____ %

Rentenbezug

Kapitalbezug

Gesamtes Kapital

Teilbetrag CHF _____ (restlicher Teil als Altersrente)

Zahlungsadresse Rente

Kontoinhaber _____

Name / Adresse der Bank /
Postfinance _____

Bank Konto / IBAN-Nr. /
PC-Konto _____

BIC (für Auslandszahlungen) _____

Einzahlungsschein kann beigelegt werden.

Zahlungsadresse Kapital

Kontoinhaber _____

Name / Adresse der Bank /
Postfinance _____

Bank Konto / IBAN-Nr. /
PC-Konto _____

BIC (für Auslandszahlungen) _____

Einzahlungsschein kann beigelegt werden.

Wichtige Hinweise

Kapitalbezüge:

- Sind **mindestens 3 Monate im Voraus** schriftlich zu melden.
- Bei verheirateten Personen bzw. Personen in eingetragener Partnerschaft ist eine **notarielle Beglaubigung der Unterschrift des Ehegatten bzw. des eingetragenen Partners erforderlich**.
- Ledige, geschiedene oder verwitwete Personen haben eine **aktuelle amtliche Bescheinigung des Zivilstandes** einzureichen, welche per Pensionierungsdatum **nicht älter wie 3 Monate** sein darf.

Rentenbezüge:

- Sind **ca. 6 Wochen im Voraus** schriftlich zu melden.



Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Unterschrift Ehepartner/in oder eingetragener
Partner (**nur bei Kapitalauszahlung**)

_____ **notarielle Beglaubigung erforderlich**

Bei Fragen rufen Sie uns an: 043 210 18 04 oder E-Mail info@pksnb.ch

