

VORSORGE in globo^M
Scan Center Versicherung
Postfach
8010 Zürich

Austrittsmeldung

Barauszahlung infolge Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit

Austritt per

Name:
SV-Nummer: **756**.

Vorname:
Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail Adresse:

Zivilstand

- ☐ ledig
☐ geschieden (oder in aufgelöster eingetragener Partnerschaft)
☐ verwitwet
☐ **aktuelle Zivilstandsbescheinigung, nicht älter als 3 Monate, beilegen**
☐ verheiratet (oder in eingetragener Partnerschaft)
☐ **Einverständnis des Ehegatten erforderlich (amtlich beglaubigte Unterschrift)**

Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung infolge

- ☐ Aufnahme einer **selbständigen Tätigkeit im Haupterwerb**
☐ **Bestätigung der AHV-Ausgleichskasse für die Registrierung als Selbständigerwerbende/r beilegen**

Die folgenden Unterlagen (wenn vorhanden) lege ich zusätzlich als Nachweis meiner selbständigen Tätigkeit im Haupterwerb bei:

- ☐ Handelsregisterauszug
☐ Mietvertrag für Geschäftsräumlichkeiten
☐ letzte Bilanz und Erfolgsrechnung
☐ Business-Plan

Ich bestätige hiermit, dass ich im **Haupterwerb selbständig tätig** bin und **der obligatorischen beruflichen Vorsorge nicht mehr unterstellt bin** (d.h., dass ich keine weiteren Anstellungen habe).

Die Überweisung der **gesamten** Freizügigkeitsleistung erfolgt an:

Name der Bank / BIC / SWIFT:

Adresse:

(Privat-)Konto: IBAN-Nummer:

Das Konto muss auf die versicherte Person lauten

Der Versicherte, bzw. dessen Ehepartner nimmt zur Kenntnis, dass mit der Barauszahlung der Vorsorgeschutz aufgehoben ist und sämtliche Ansprüche gegenüber der VORSORGE in globo^M abgegolten sind.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterzeichnete Formular an:

Vorsorge in globo^M, Scan Center Versicherung, Postfach, 8010 Zürich

Die Überweisung der Freizügigkeitsleistung erfolgt spätestens 30 Tage nach Erhalt des Formulars mit den erforderlichen Nachweisen. Bei fehlenden Angaben überweisen wir die Freizügigkeitsleistung innert 6 Monaten seit Austritt aus der Vorsorge in globo^M an die Stiftung Auffangeinrichtung BVG, Freizügigkeitskonten, Postfach, 8050 Zürich, Tel. +41 41 799 75 75.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Unterschrift des Ehegatten bzw. des
eingetragenen Partners

**amtliche Beglaubigung der Unterschrift des
Ehegatten / des eingetragenen Partners**