CPVAL
PKWAL

# Auszahlung der Freizügigkeitsleistung

**Name, Vorname** …….. **Zivilstand** ……

**Geburtsdatum** …….. **Austritt per** ……

---

***Kreuzen Sie bitte die passende Variante an:***

☐ **Sie haben einen neuen Arbeitgeber:** *uns das Überweisungsformular mit den Bankdaten Ihrer neuen Vorsorgeeinrichtung zustellen und/oder den entsprechenden Einzahlungsschein beilegen.*

☐ **Sie haben keinen neuen Arbeitgeber:** *Sie müssen ein Freizügigkeitskonto oder eine Freizügigkeitspolice eröffnen und uns das Eröffnungsformular mit den Zahlungsangaben zusenden.*

☐ **Barauszahlung:** Für jedes Gesuch um Barauszahlung muss bei verheirateten Personen die Unterschrift des Ehegatten zwingend von der Gemeindebehörde oder einem Notar beglaubigt werden. Für alle anderen Personen legen Sie bitte eine aktuelle Zivilstandbescheinigung bei. Bitte kreuzen Sie den Grund Ihres Antrags an:

☐ Ihre Freizügigkeitsleistung ist kleiner als der Jahresbeitrag
*Bitte geben Sie uns Ihre Zahlungsangaben (Bank, IBAN) durch*

☐ Sie verlassen die Schweiz endgültig (*Bescheinigung der Einwohnerkontrolle beilegen, welche die Ausreise und das zukünftige Aufenthaltsland bestätigt*). Im Fall einer Ausreise in ein EU-Land oder EFTA (Ausnahme Liechtenstein) gelten folgende Bestimmungen:

- Nur der überobligatorische Teil kann bar ausbezahlt werden *(Zahlungsangaben durchgeben)*
- Der obligatorische Teil (Ziffer 4 der Abrechnung) ist auf ein Freizügigkeitskonto bzw. eine Freizügigkeitspolice zu überweisen (*Eröffnungsformular beilegen*)

☐ Sie üben im Haupterwerb eine selbstständige Erwerbstätigkeit aus. *Das Formular "Barauszahlung bei Selbstständigkeit",* auf unserer Webseite verfügbar, muss uns mit den entsprechenden Belegen zugestellt werden.

Unterschrift des Ehegatten: …… Beglaubigung der Unterschriften: ……

Die Versicherungsbedingungen sind nicht mehr erfüllt; Sie haben aber Ihren Arbeitgeber nicht verlassen. Wenn Sie keine andere Pensionskasse haben, können Sie provisorisch die Weiterversicherung beantragen. Das entsprechende Formular (siehe auf unserer Website), muss uns zusammen mit diesem Dokument innerhalb von 30 Tagen zugestellt werden.

Bemerkungen: ……..
……

Datum: …… Unterschrift des Versicherten: ……
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vollständig arbeitsfähig bin

Caisse de prévoyance du Canton du Valais
Pensionskasse des Kantons Wallis
Case Postale 630
1951 Sion
027 606 29 50
cpval@admin.vs.ch
cpval.ch
pkwal.ch