

Formular drucken

Aargauische Pensionskasse
Abteilung Versicherung
Hintere Bahnhofstrasse 8
Postfach
5001 Aarau

Anmeldung zum Bezug von Altersleistungen bzw. Weiterversicherung

Arbeitgeber _____

Arbeitgeber-Nr. _____ Name und Adresse der versicherten Person _____

PK-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Austrittsdatum _____

Arbeitsverhältnis öffentlich-rechtlich privatrechtlich

Gewünschte Bezugsart

- Altersrente** (Soll die volle Altersrente ausgerichtet werden, darf eine allfällige BVG-pflichtige Weiterbeschäftigung frühestens 3 Monate nach Pensionierung erfolgen.)
- Teilaltersrente**
- | Datum | Anrechenbarer Jahreslohn | Pensum % | Vorsorgeplan |
|-------|--------------------------|----------|--------------|
| Bis | | | |
| Ab | | | |
- Überbrückungsrente** von monatlich CHF _____ bis am _____
- Kapitalauszahlung** (ganz oder teilweise) mit entsprechend reduzierter Altersrente
(Der «Antrag Alterskapitalbezug» ist der APK vor dem Pensionierungszeitpunkt einzureichen)
- Weiterversicherung** infolge Kündigung durch den Arbeitgeber
(bitte beachten Sie das entsprechende Merkblatt)
-

Kinder

Kinder, die das 18. Altersjahr noch nicht vollendet haben sowie Kinder, die sich noch in Ausbildung befinden (Kopie Ausbildungsnachweis beilegen) oder mindestens zu zwei Dritteln invalid sind (Kopie IV-Verfügung beilegen) und das 25. Altersjahr noch nicht vollendet haben:

	Name/Vorname	Geburtsdatum		Name/Vorname	Geburtsdatum
1			3		
2			4		

Auszahlungsangaben für die Rentenleistungen

Name der Bank _____

IBAN _____

Unterschriften (zwingend)

Versicherte Person

Kontaktperson Arbeitgeber

Datum _____

Unterschrift _____
