

Pensionskasse der SR Technics Switzerland
c/o Avadis Vorsorge AG
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Pensionskasse der SR Technics Switzerland
c/o Avadis Vorsorge AG
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Wohneigentumsförderung – Antrag auf Vorbezug

Angaben zur versicherten Person

Unternehmen

Versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nummer

Versichertennummer

Geschlecht

Geburtsdatum

Zivilstand

Adresse

PLZ und Ort

Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig und gesund?

Ja

Nein

Für Rückfragen

Telefon

E-Mail

Verwendungszweck und Höhe des Vorbezugs

Notwendige Beilagen siehe Punkt 12 im Anhang

A Erstellung von Wohneigentum als Bauherr/Bauherrin

B Erstellung von Wohneigentum im Werkvertrag

C Erwerb von Wohneigentum

D Amortisation einer bestehenden Hypothek

E Erwerb von Anteilscheinen einer Wohnbaugenossenschaft

F Wertvermehrende Investitionen

Bitte Folgeseiten beachten

Beglaubigung

Bei verheirateten oder in **eingetragener Partnerschaft** lebenden Personen ist in jedem Fall die beglaubigte **Zustimmung** des Ehegatten oder Partners erforderlich.

Von **allen anderen Personen** benötigen wir einen aktuellen Personenstandsausweis.

Ort/Datum

Unterschrift der beglaubigenden Person

Vorgelegtes Ausweispapier:

Bitte Anhang beachten

Pensionskasse der SR Technics Switzerland
c/o Avadis Vorsorge AG
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Pensionskasse der SR Technics Switzerland
c/o Avadis Vorsorge AG
Zollstrasse 42
Postfach
8031 Zürich

Zustimmung für Grundbucheintrag

Dieses Formular ist nur auszufüllen, wenn sich das Wohneigentum in der Schweiz befindet.

Angaben zur versicherten Person

Name

Vorname

AHV-Nummer

Versichertennummer

Geschlecht

Geburtsdatum

Zivilstand

Adresse

PLZ und Ort

Telefonnummer

Objekt

Art

Einfamilienhaus

Wohnung / Stockwerkeigentum

Rechtsform

Alleineigentum

Miteigentum

Gesamteigentum mit dem Ehegatten Inhaber eines Anteilscheins für Wohnbaugenossenschaften

Standort

Grundstück-Nr.

Adresse

Kanton

PLZ und Ort

Kosten

Die Kosten für den Grundbucheintrag gehen zu Lasten der versicherten Person.

Ort/Datum

Unterschrift

Ort/Datum

Unterschrift des Ehegatten/eingetragenen Partners