

# Auszahlung der Austrittsleistung infolge Geringfügigkeit

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

Pensionskasse

Vorsorgestiftung

Dienstleistungen AG

## 1. Versicherte Person

Name	Vorname	
AHV-Nr.	alte AHV-Nr. (falls vorhanden)	
Mitglied-/Vertrags-Nr.		
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse, Nr.	PLZ	Ort
Telefon Privat		
Telefon Mobil	E-Mail	

## 2. Überweisung

Bitte überweisen Sie meine Austrittsleistung infolge Geringfügigkeit wie folgt:

### Zahladresse

Name der Bank		
Strasse, Nr.	PLZ	Ort
Kontoinhaber/in		
IBAN	BIC-/Swift*	

\* Ist bei Zahlungen an ausländische Finanzinstitute in Europa zwingend auszufüllen.

 Bitte Post- oder Bankkonto angeben, evtl. Einzahlungsschein beilegen.

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift der versicherten Person



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit den benötigten Unterlagen an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.