Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Finanzdepartement EFD

Zentrale Ausgleichsstelle ZAS
Schweizerische Ausgleichskasse SAK

Vollständiger oder Teil-Abruf der Altersrente

Personalien

Name

_____

Vorname

_____

Geburtsdatum _____ **AHV-Nr.** _____

E-mail _____ **Telefon-Nr.** _____

Falls das Formular von einem/einer Vertreter/in ausgefüllt wird, geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten an:

_____

_____
Name, Vorname, Strasse, PLZ, Ort

Haben sich seit Ihrer Anmeldung für eine Altersrente Änderungen in Bezug auf Ihre persönliche Situation ergeben (Zivilstand, Geburt/Aufnahme eines Kindes, Adressänderung usw.)?

❑ ja ❑ nein

Falls ja, geben Sie die Änderungen/Ereignisse bitte unten an und fügen Sie diesem Formular die entsprechenden Belege bei.

_____

_____

Wichtige Informationen

- Wenn Sie nach dem Referenzalter weitergearbeitet haben, kann Ihr Erwerbseinkommen höchstens bis zum Alter von 70 Jahren für die Rentenberechnung berücksichtigt werden. Die in dieser Zeit zurückgelegten Beitragszeiten können auch berücksichtigt werden, wenn Sie bis zum Referenzalter Beitragslücken haben. Voraussetzung dafür ist, dass das Einkommen pro Kalenderjahr mindestens 40 % Ihres durchschnittlichen Einkommens vor dem Referenzalter beträgt.

- Der Antrag auf eine einmalige Neuberechnung der Altersrente nach dem Referenzalter kann nur einmal gestellt werden.

Siehe Rückseite

Auszahlung der Rente

Ab welchem Monat soll die Rente ausbezahlt werden?

Monat / Jahr: _____
(frühestens für den Folgemonat ab Einreichung dieses Formulars)

Soll der Prozentsatz der aufgeschobenen Altersrente vollständig ausbezahlt werden?

❑ ja, ich möchte einen vollständigen Abruf der Altersrente
❑ nein, ich möchte einen Teil-Abruf der Altersrente

Falls nein, geben Sie unten bitte an, welchen Anteil oder Betrag Sie von der Altersrente beziehen möchten (nur eine Auswahl möglich):

❑ Ich möchte folgenden Anteil der Rente beziehen: _____% (mindestens 20%, höchstens 80%)

❑ Ich möchte eine monatliche Rente von CHF _____ erhalten.
(dieser Betrag ist ein Richtwert und muss zwischen 20% und 80% der Rente liegen)

Datum	**Unterschrift**
_____	_____

Dieses Formular muss **per Briefpost** zurückgeschickt werden an:

Schweizerische Ausgleichskasse
Postfach 3100
1211 Genf 2
Schweiz

oder **per E-Mail** an: sedmaster@zas.admin.ch