

Leistungsanforderung zur Wohneigentumsförderung (WEF)



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

PERSÖNLICHE ANGABEN DER VERSICHERTEN PERSON

Name:	Vorname:
Zivilstand:	Versicherten-Nr.: 756.
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Adresse:	Tel.-Nr.:
E-mail:	
Name des jetzigen Arbeitgebers:	

Haben Sie vor dieser Anfrage bereits eine Wohneigentumsförderung beantragt? nein ja

Wenn JA, an welchem Datum (TT/MM/JJJJ): _____

Die versicherte Person bestätigt, dass er/sie in den letzten 3 Jahren **keinen Einkauf** vorgenommen hat. Er/Sie wünscht für den Hauptwohnsitz (Eigengebrauch):

1. Sich ein Wohneigentum oder Anteilscheine anzueignen nein ja
2. Das Hypothekendarlehen zu amortisieren oder zurückzuerstatten nein ja
3. Sich Wohneigentum zu bauen nein ja
4. Arbeiten auszuführen (andere als die üblichen Unterhaltsarbeiten) nein ja

Adresse des zukünftigen Wohneigentums (wenn bekannt): _____

Gewünschter Betrag:

Gesamte Freizügigkeitsleistung Teilbetrag: bitte Höhe angeben: CHF _____

(Die Anträge werden üblicherweise innerhalb 90 Tage nach Erstellung des vollständigen Dossiers bearbeitet)

Gewünschtes Auszahlungsdatum (TT/MM/JJJJ): _____

Sind Sie im Moment voll arbeitsfähig? nein ja

Mit der Unterschrift dieses Formulars bestätige ich Kenntnis zu haben:

- des Merkblattes über die Wohneigentumsförderung
- dass die Kosten der Zusammenstellung des Dossiers CHF 400.00 betragen und zu meinen Lasten sind
- Auswirkungen auf die versicherten Leistungen:
 - > Pläne MEDIA (2), MAXIMA (5), OPTIMA (3) und SOR-COLLECTIVA. Die Altersrente ist proportional zum bezogenen Betrag reduziert.
 - > Pläne MINIMA (1) und SUPRA (4). Die Risikoleistungen Invalidität und Tod sowie die Altersrenten sind proportional zum bezogenen Betrag reduziert.
- Von meiner Rückerstattungspflicht des bezogenen Betrags bei Verkauf des Wohneigentums oder bei Gewährung gleichwertiger wirtschaftlicher Rechte auf diesem Wohneigentum.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

Beglaubigte Unterschrift des Ehepartners oder
des eingetragenen Partners (PartG) * : _____

*Für die Beglaubigung der Unterschrift durch
die zuständige Behörde vorgesehener Platz*

* Die beglaubigte Unterschrift des Ehepartners oder eingetragenen Partners (PartG) ist erforderlich bei Kapitalauszahlungen, wenn Sie verheiratet, getrennt, in einer eingetragenen Partnerschaft, in Scheidung oder gerichtlichen aufgelösten eingetragener Partnerschaft (PartG) leben. Sie können nach Vereinbarung an den Schalter zur Unterschrift kommen (unter Vorweisung eines Identitätsausweises und des Familienbüchleins oder Familienausweises) oder die vom Ehepartner oder eingetragenen Partner (PartG) unterzeichnete Erklärung von einem Zivilstandsbeamten oder einem Notar beglaubigen lassen. Sind sie verwitwet, geschieden, oder Ex-Partner (PartG), legen Sie bitte eine Kopie des Personenstandsausweises bei (nicht älter als ein Monat).

Agenturen	Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
	Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 552 66 90
	Neuenburg	Av. du 1 ^{er} -Mars 18	T 032 727 37 00
	Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

Verwaltungssitz der Kasse
Rue de Saint-Jean 67 – Postfach – 1211 Genf 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch