

Kontakt: info@publica.ch
Telefon: +41 58 485 21 11

Pensionskasse des Bundes
PUBLICA
Eigerstrasse 57
3007 Bern

Zustimmungserklärung betreffend Barauszahlung der Austrittsleistung (Art. 5 FZG)

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Zustimmung zur Barauszahlung der Austrittsleistung zu Gunsten der folgenden bei PUBLICA versicherten Person:

- Herr
 Frau

Name	Vorname
Geburtsdatum	AHV-Nummer

Angaben und Unterschrift der zustimmenden Person:

- Ehegattin
 Ehegatte
 Eingetragene Partnerin
 Eingetragener Partner

Name	Vorname
Geburtsdatum	Unterschrift

* Beglaubigung

- * Die Beglaubigung kann erfolgen:
- durch den Notar oder die Notarin **oder**
 - durch die Gemeinde **oder**
 - durch die zuständige Schweizer Botschaft bzw. das zuständige Schweizer Konsulat.

