

# Verpfändungsbegehren für das Todesfallkapital (Säule 3b)

STIFTUNG FREIE VORSORGE  
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: <input type="text"/>
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>
Strasse: <input type="text"/>	Hausnummer: <input type="text"/>
PLZ: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Land: <input type="text"/>	Nationalität(en): <input type="text"/>
E-Mail: <input type="text"/>	Telefon: <input type="text"/>

(nachstehend «versicherte Person»)

## 1. Weitere Angaben

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

## 2. Verpfändungsbegehren

Ich bitte Sie, die Leistungen im Todesfall der oben erwähnten Person (Todesfallkapital gemäss Art. 2.2. der Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen des Kollektivversicherungsvertrags zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der VZ BVG Rück AG) gemäss nachstehender Instruktion zu verpfänden:

Bank: \_\_\_\_\_

Bankadresse: \_\_\_\_\_


Zuständige Person: \_\_\_\_\_

### Verpfändungsbegehren im Original einreichen an:

Stiftung freie Vorsorge  
Löwenstrasse 25  
Postfach  
8021 Zürich

E-Mail: [info@freievorsorge.ch](mailto:info@freievorsorge.ch)

Hinweis: Nach Erhalt dieses Verpfändungsbegehrens sowie der Verpfändungsanzeige / Notifikation durch die Bank, wird die Stiftung freie Vorsorge die Verpfändung prüfen und im Anschluss die Bank sowie die versicherte Person schriftlich informieren.

Datum: <input type="text"/>	<input type="text"/>
	
Name: <input type="text"/>	Vorname: <input type="text"/>

