

## Antrag auf WEF-Vorbezug

---

### Versicherte Person

---

Vorname ..... Geburtsdatum .....

Name ..... AHV-Nummer .....

Adresse..... Zivilstand .....

PLZ/Ort ..... Telefonnummer .....

E-Mail.....

---

### Einkäufe/Vorbezüge

---

- Ich habe innerhalb der letzten 3 Jahre einen Einkauf getätigt.
- Ich habe bereits einen WEF-Vorbezug bzw. eine Verpfändung getätigt.

Falls Sie einen der beiden Fälle ankreuzen, sind weitere Abklärungen unsererseits nötig.

---

### Gewünschter Betrag

---

Vorbezug CHF .....  
(Mindestbetrag siehe Merkblatt)

---

### Auszahlungstermin

---

Monat/Jahr.....

---

### Auszahlung

---

Hypothekarkonto Antragsteller       Konto Verkäufer

Bank..... Clearing-Nr. ....

Kontonummer ..... IBAN-Nr. ....

SWIFT-Code..... Zu Gunsten von.....

**Pensionskasse ABB Power Grids Switzerland AG**

c/o Avadis Vorsorge AG, Zollstrasse 42, Postfach 1077, 8005 Zürich  
+41 58 585 82 87, power-grids@avadis.ch

---

**Verwendungszweck**

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kauf von Wohneigentum                   | <input type="checkbox"/> Neubau Wohneigentum            |
| <input type="checkbox"/> Erwerb Anteile an Wohnbaugenossenschaft | <input type="checkbox"/> Rückzahlung Hypothekendarlehen |

---

**Eigentumsform**

---

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alleineigentum                | <input type="checkbox"/> Miteigentum                |
| <input type="checkbox"/> Gesamteigentum mit Ehepartner | <input type="checkbox"/> Inhaber von Anteilscheinen |

---

**Adresse Wohneigentum / neue Wohnadresse**

---

Strasse .....	PLZ/Ort .....
Kanton/Land .....	Gültig ab .....

---

**Unterschrift des (Ehe-)Partners**

---

..... Ort / Datum	..... Unterschrift des (Ehe-)Partners
..... Ort / Datum	..... Amtliche Beglaubigung der Unterschrift

---

**Bestätigung der Richtigkeit der Angaben**

---

Ich habe das Merkblatt gelesen und akzeptiere die Bedingungen. Ausserdem bestätige ich die Richtigkeit der Angaben in diesem Formular sowie die volle Arbeitsfähigkeit.

..... Ort / Datum	..... Unterschrift des Versicherten
----------------------	--