

Antrag auf Ausrichtung einer AHV-Überbrückungsrente

(Einreichung des Gesuchs spätestens drei Monate vor der Pensionierung)

Name	_____	Vorname	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	SV-Nr.	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Zivilstand	_____
Arbeitgeber	_____	Datum der Pensionierung	_____

Höhe der gewünschten AHV-Überbrückungsrente: CHF _____ pro Jahr
Gewünschte Laufzeit der AHV-Überbrückungsrente: Beginn _____ Ende _____
Beteiligt sich der Arbeitgeber gemäss Vorsorgeplan an
der Finanzierung der AHV-Überbrückungsrente? Ja Nein

In Anwendung des zum Zeitpunkt der Pensionierung gültigen Vorsorgereglements respektive des Vorsorgeplans meines Arbeitgebers stelle ich den Antrag auf Ausrichtung einer AHV-Überbrückungsrente.

Ich bestätige, dass mir folgende, kumulativ zu erfüllenden, reglementarischen Voraussetzungen für den Bezug einer AHV-Überbrückungsrente bekannt sind:

- Ich beziehe weder eine AHV-Altersrente noch eine ganze Invalidenrente der Eidg. Invalidenversicherung.
- Der Bezug der AHV-Überbrückungsrente führt zu einer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechneten Kürzung der Rente oder Kapitalabfindung, ausser diese wurde vorgängig nach versicherungsmathematischen Grundsätzen vollständig ausfinanziert.
- Die AHV-Überbrückungsrente darf die bei Pensionierung jeweils geltende maximale AHV-Altersrente nicht übersteigen (Stand 1.1.2026: CHF 30'240 p.a.). Eine allfällige Teilinvalidenrente der Eidg. Invalidenversicherung wird angerechnet. Eine davon abweichende Regelung muss im Vorsorgeplan festgehalten werden.
- Ich habe mit meinem Arbeitgeber Rücksprache gehalten (sofern sich der Arbeitgeber an den Kosten beteiligt).
- Die Rentenzahlung erfolgt in jedem Fall längstens bis zum Erreichen des Referenzalters.
- Sollte vor Ablauf der AHV-Überbrückungsrente der Vorsorgefall Tod eintreten, so wird der Barwert der restlichen Renten in Kapitalform an die Hinterbliebenen gemäss Art. 30 Abs. 9 des Vorsorgereglements Profond ausbezahlt.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person