

## ANTRAG AUF KAPITALVERPFÄNDUNG

Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge (WEF)

---

Firma: \_\_\_\_\_ Anschluss Nr: \_\_\_\_\_

### 1. Personalien

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Zivilstand:  ledig  geschieden  verwitwet

Vers. Nummer: \_\_\_\_\_  verheiratet /  
eingetragene Partnerschaft

Partner/in Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Sind Sie gegenwärtig voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

### 2. Verpfändung

Ich beabsichtige aus meiner beruflichen Vorsorge Mittel im Betrag von

CHF \_\_\_\_\_ zu verpfänden per:<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### 3. Objekt

Beim Wohnobjekt handelt es sich um

Stockwerkeigentum  ein Einfamilienhaus  eine Wohnung in einem Mehrfamilienhaus

### 4. Standort

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Kanton/Land: \_\_\_\_\_ Grundbuchblatt-Nr: \_\_\_\_\_

### 5. Zuständiges Grundbuchamt

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### 6. Eigentümer/in

Ich bin:

Alleineigentümer/in  Miteigentümer/in  Gesamteigentümer/in mit Ehepartner/in

### 7. Wohnsitz

Das Objekt ist mein:

zivilrechtlicher Wohnsitz

gewöhnlicher Aufenthaltsort. Es handelt sich dabei **nicht** um eine Ferienwohnung- / Zweitwohnung

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung Ihres Gesuches einige Wochen in Anspruch nehmen kann.



### 8. Pfandgläubigerin

Die Verpfändung der Mittel erfolgt zu Gunsten von:

Darlehensgeber/in: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

### 9. Bemerkungen

---

---

---

Die versicherte Person bestätigt, dass die Verpfändung nur für ein von ihr selbst bewohntes Wohneigentum vorgenommen wird. Die unterzeichnenden Personen bestätigen die Richtigkeit aller in diesem Formular gemachten Angaben.

### 10. Nachfolgende Unterlagen werden zusammen mit dem Antrag eingereicht:

- Aktueller Zivilstandsausweis (bei nicht verheirateten Personen)
- Aktueller Grundbuchauszug
- Darlehensvertrag
- Pfandvertrag (Verpfändungsanzeige)

Ort und Datum:

Unterschrift versicherte Person:

Amtlich beglaubigte Unterschrift  
Ehe-/Lebenspartner/in:

---