

Meldung Austritt

Arbeitgeber

Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Austritt aus Basisvorsorge Zusatzvorsorge _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ SV-Nr. _____

Ende des Arbeitsverhältnisses

Austrittsdatum

Ist die Person voll arbeitsfähig?

Ja

Nein



Dokumente

Falls «Nein», reichen Sie uns bitte das Formular «Arbeitsunfähigkeitsmeldung» mit den entsprechenden Beilagen ein.

Erfolgt der Austritt infolge Pensionierung?

Ja

Nein

Die Austrittsleistung ist wie folgt zu verwenden

Übertragung auf die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers

Name und Ort des Arbeitgebers _____

Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Name der Zahlstelle (Bank) _____

Adresse der Zahlstelle (Bank) _____

Postkonto _____

Bankkonto / IBAN-Nr. _____ Clearingnummer der Bank _____

Bitte direkte Kontaktaufnahme mit versicherter Person

Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers