

Austrittsmeldung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Angaben zur versicherten Person

Vorname

Name

Strasse/Nr.

Zivilstand

ledig

verheiratet

PLZ/Ort

in eingetragener Partnerschaft

Geburtsdatum

geschieden

verwitwet

AHV-Nr.

Heirats-/
Eintragungsdatum

Information zum Austritt

Austrittsdatum

Austrittsgrund

Kündigung durch Arbeitnehmer

Kündigung durch Arbeitgeber im Rahmen einer Restrukturierung

Kündigung durch Arbeitgeber (Einzelkündigung)

Kündigung durch Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen

vorzeitige Pensionierung

Bedingungen des Vorsorgeplanes werden nicht mehr erfüllt

Ist die austretende Person voll arbeitsfähig?

Ja Nein

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift
Arbeitgeber

Vorname/Name
in Blockschrift

