



# Austrittsmeldung

Vertrag Nr. /

**Arbeitgeber** Name und Ort

**Versicherte Person**

Name Vorname Versichertennummer

Strasse Geburtsdatum Geschlecht

PLZ und Ort Land  m  w

Erreichbar unter E-Mail-Adresse Privat

Telefon Nr.

**Ende Arbeitsverhältnis**

Austrittsdatum (Kündigungsschutz und -fristen sowie Lohnfortzahlungspflichten beachten)

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?  Ja  Nein  
Bitte reichen Sie uns das Formular «Meldung Arbeitsunfähigkeit» sowie die entsprechenden Beilagen ein.

Vorzeitige Pensionierung? Wenn Ja: Kontaktaufnahme folgt  Ja  Nein

Austritt in Folge «Personalabbau/ Restrukturierung»?  Ja

Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, der Stiftung die Verminderung der Belegschaft aufgrund eines wirtschaftlich begründeten Personalabbaus bzw. die Restrukturierung seines Unternehmens (organisatorische Massnahmen, durch welche Aufgaben eingestellt oder ganze Betriebsteile an ein anderes Unternehmen übertragen werden), welche unfreiwillige Austritte nach sich ziehen, unverzüglich zu melden. Details siehe Reglement Teil- und Gesamtliquidation von Vorsorgewerken.

**Bemerkungen**

**Unterschrift Arbeitgeber**

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

**Hinweis**

Wir übernehmen die Abklärung zur Übertragung der Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung) direkt mit der versicherten Person.