

Firma: Anschluss-Nr.:

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

Adresse:

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

ANGABEN ZUM AUSTRITT

Austrittsdatum (Lohn überwiesen bis):

Ist die versicherte Person entlassen worden? ja nein

Grund: wirtschaftlich Um/Restrukt.-ung anderer

Ist die versicherte Person erwerbsunfähig aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls? ja nein

Falls ja, geben Sie bitte Details an (Datum, Ursache, etc.):

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum: Stempel, Unterschrift Arbeitgeber:

FALLS DER VERSICHERTE SCHON ÜBER DIE NÖTIGEN ANGABEN FÜR DIE ÜBERWEISUNG SEINER AUSTRITTSLEISTUNG VERFÜGT, KANN ER BEREITS DAS FORMULAR AUF DER RÜCKSEITE AUSFÜLLEN.

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:

ÜBERWEISUNGSANGABEN

Bitte überweisen Sie meine Freizügigkeitsleistung an die Vorsorgeeinrichtung meines neuen Arbeitgebers oder auf ein Freizügigkeitskonto / eine Freizügigkeitspolice.

Name und Adresse der neuen
Vorsorgeeinrichtung/Freizügigkeitsstiftung:

Name und Adresse des neuen Arbeitgebers:

.....
.....
.....

ZAHLUNGSANGABEN

(bitte Einzahlungsschein oder Bankidentifikations-Ausweis beilegen)

IBAN (max. 34 Stellen):

Bank / Post: PLZ, Ort:

Kontoinhaber:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Wahrheit der obigen Angaben.

Ort, Datum: Unterschrift des/r Versicherten:

BITTE VERLANGEN SIE FÜR DIE BARAUSSZAHLUNG DER AUSTRITTSLEISTUNG DAS ENTSPRECHENDE FORMULAR