

## Austrittsmeldung

### Arbeitgeber

Firma  Anschluss-Nr.

### Persönliche Angaben des Versicherten

Name

Vorname

AHV-Nr.  .  .  .  Geburtsdatum  |  | /  |  | /  |  |  |  |

E-Mail  Telefon

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.)

### Unterschrift

Datum  /  /   
Ort

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.**

## Austrittsmeldung

### Persönliche Angaben des Versicherten

Name	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
AHV-Nr.	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

### 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Zahlungsangaben

(bitte Einzahlungsschein oder Bankidentifikations-Ausweis beilegen)

IBAN	<input type="text"/>
Bank / Post	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Kontoinhaber	<input type="text"/>

### Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Wahrheit der obigen Angaben.

Datum	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Unterschrift des/r Versicherten
Ort	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	



Bitte verlangen Sie für die Barauszahlung der Austrittsleistung das entsprechende Formular