

## Austrittsmeldung Berufliche Vorsorge

---

<b>Arbeitgeber</b>	<input type="text"/>	<b>Vertrags-Nr.</b>	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---------------------	----------------------

---

### Angaben zur versicherten Person

<b>Vorname</b>	<input type="text"/>	<b>Name</b>	<input type="text"/>
<b>Strasse/Nr.</b>	<input type="text"/>	<b>Zivilstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet
<b>PLZ/Ort</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft
<b>Geburtsdatum</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
<b>Telefon-Nr.</b>	<input type="text"/>	<b>Heirats-/ Eintragungsdatum</b>	<input type="text"/>
<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>	<b>Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.)</b>	<input type="text"/>

---

### Information zum Austritt

<b>Ist die austretende Person voll arbeitsfähig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Austrittsdatum</b>	<input type="text"/>	
<b>Austrittsgrund</b>	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber im Rahmen einer Restrukturierung
	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber (Einzelkündigung)	<input type="checkbox"/> Kündigung durch Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen
	<input type="checkbox"/> Vorzeitige Pensionierung	<input type="checkbox"/> Bedingungen des Vorsorgeplanes werden nicht mehr erfüllt

---

### Unterschrift

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

<b>Ort/Datum</b>	<input type="text"/>	<b>Unterschrift Arbeitgeber</b>	<input type="text"/>
<b>Vorname/Name in Blockschrift</b>	<input type="text"/>		

