

Austrittsmeldung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Angaben zur versicherten Person

Vorname

Name

Strasse/Nr.

Zivilstand

ledig verheiratet

PLZ/Ort

in eingetragener Partnerschaft

Geburtsdatum

geschieden verwitwet

Telefon-Nr.

Heirats-/
Eintragungsdatum

E-Mail

Sozialversicherungs-Nr.
(AHV-Nr.)

Information zum Austritt

Ist die austretende Person voll arbeitsfähig?

Ja Nein

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

Unterschrift

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

Ort/Datum

Unterschrift
Arbeitgeber

Vorname/Name
in Blockschrift

