

Austrittsmeldung zur Personalvorsorge

Firma: _____

Name und Vorname: _____

Privatadresse: _____

(des Versicherten) _____

AHV-Nummer (alt): _____ oder SV-Nr.(neu): _____

Diensteintrittsdatum _____

Dienstaustrittsdatum: _____

Die versicherte Person wünscht:

- den Übertrag der Freizügigkeitsleistung auf die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers. Falls bekannt bitte Adresse des neuen Arbeitgebers bzw. der neuen Vorsorgeeinrichtung sowie das entsprechende Bank- oder PC-Konto.

Vorsorgeeinrichtung _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Bankkonto: _____ PC-Konto: _____

Barauszahlung:

- endgültige Auswanderung
- Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit
- die Austrittsleistung beträgt weniger als der eigene Jahresbeitrag

Gesundheitsprüfung:

Verfügt die versicherte Person zur Zeit des Austrittes über die volle Erwerbsfähigkeit? ja nein

Ort, Datum

Unterschrift der Stiftung
oder der Firma

Unterschrift des
Arbeitnehmers