

Austrittsmeldung

Arbeitgeber

Firmenbezeichnung: _____ Vertrag Nr. _____

Versicherte/r

Name: _____ Vorname: _____

AHV-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____ Nationalität: _____ Ausländerausweis (Typus): _____

Vollständige Adresse: _____

Austrittsdatum: _____ Letzte Beschäftigungsdauer: vom _____ bis _____

AHV-Lohn für diese Zeit: Fr. _____

Von der versicherten Person auszufüllen

Ist die versicherte Person am Austrittsdatum voll arbeitsfähig? Ja Nein

Falls nicht, seit wann (Datum)? _____

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

Überweisung der Freizügigkeitsleistung

a. Die Freizügigkeitsleistung ist an die Vorsorgestiftung des neuen Arbeitgebers zu überweisen

Neuer Arbeitgeber: _____

Vorsorgeeinrichtung: _____

b. Der/Die Versicherte verlangt die Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung gemäss Art. 5 FZG.

Ich verlasse die Schweiz definitiv und nehme Wohnsitz in einem: EU/EFTA-Land anderem Land

Name des Landes: _____

Beim endgültigen Verlassen der Schweiz in einen Mitgliedstaat der EU/EFTA wird die Zahlung des minimalen BVG Teils in bar auf Vorweisen einer Bestätigung der Nichtversicherungspflicht bei den sozialen Versicherungen des neuen Wohnlandes geleistet. Diese Bestätigung muss beim BVG-Sicherheitsfonds bezogen werden, Postfach 1023, 3000 Bern (Tel. 031 380 79 71). Eine Wohnsitzbescheinigung sowie eine Abmeldebestätigung der Einwohnerkontrolle der Wegzugsgemeinde sind beizulegen.

c. Ich nehme eine selbständige Erwerbstätigkeit auf (bitte eine durch die AHV-Ausgleichskasse ausgestellte Bestätigung beilegen)

Bei einer Barauszahlung ist bei einer ledigen Person eine Zivilstandesurkunde oder bei einer geschiedenen Person eine Kopie des Scheidungsurteils beizulegen.

Hat die versicherte Person seit dem 1. Januar 2006 einen freiwilligen Einkauf getätigt? ja nein

Für verheiratete Personen, der/die Ehegatte/in oder der/die eingetragene gleichgeschlechtliche Partner gibt sein/ihr Einverständnis für die Barauszahlung (Beglaubigung der Unterschriften).

Ort und Datum:

Unterschrift des Ehegatten/in oder eingetrag. Partner/in:

Zahlungsreferenzen:

d. Die versicherte Person bestätigt, dass sie keinen neuen Arbeitgeber hat und ihre Vorsorge mittels eines Freizügigkeitskontos aufrechterhalten möchte:

bei der Walliser Kantonalbank, Sitten

bei einer Bank Ihrer Wahl. Name und Adresse der Bank: _____

mittels einer Freizügigkeitspolice. Name der Versicherungsgesellschaft: _____

Bitte eine Kopie des Kontoeröffnungsformulars oder der Freizügigkeitspolice beilegen.

Ort und Datum:

Unterschrift der versicherten Person: