

## 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.

