

Meldung des Austritts bei befristetem Arbeitsunterbruch

Vertrag Nr. /

von saisonal beschäftigten Personen

Befristeter Arbeitsunterbruch

Tritt die versicherte Person ihren Arbeitsunterbruch an und wird sie aller Voraussicht nach im nächsten Halbjahr wieder einen Arbeitsvertrag erhalten, so ist uns der Austritt mit **diesem Formular** mitzuteilen

Hinweis für definitiven Austritt

Personen, deren Arbeitsverhältnis definitiv beendet wurde,

- weil sie im nächsten Halbjahr keinen Arbeitsvertrag mehr erhalten werden,
- weil sie ihre Arbeit wider Erwarten per Ende Arbeitsunterbruch nicht angetreten haben,
- weil ihr Arbeitsvertrag aus sonstigen Gründen aufgelöst wurde,
- weil sie bei einer neuen Vorsorgeeinrichtung versichert sind, **sind uns mit dem Formular «Austrittsmeldung» als definitive Austritte zu melden.**

Arbeitgeber Name und Ort*

1 Versichertennummer*	2 Name*		3 Austritt per*			4 voll arbeitsfähig*		5 Zusatzangaben, sofern nötig
	Geburtsdatum*	Vorname*	Tag	Monat	Jahr	Ja	Nein	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	N. G.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen

Arbeitsfähigkeit Wir haben die per Austritt nicht voll arbeitsfähigen Personen in der Kolonne 4 mit Nein gekennzeichnet.

Wir bestätigen, dass die in Kolonne 4 mit Ja gekennzeichneten Personen voll arbeitsfähig sind.

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

*Zwingende Angabe