Reset

Formular wird elektronisch eingelesen, bitte gut lesbar ausfüllen und vor der Zustellung unterschreiben!

Austrittsmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber

Name und Ort

Versicherte Person

Name | Vorname | Versichertennummer

Strasse | Geburtsdatum | Geschlecht ☐ m ☐ w

PLZ und Ort | Land

Erreichbar unter E-Mail-Adresse Privat | Telefon Nr.

Ende Arbeitsverhältnis

Austrittsdatum (Kündigungsschutz und -fristen sowie Lohnfortzahlungspflichten beachten)

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte reichen Sie uns das Formular «Meldung Arbeitsunfähigkeit» sowie die entsprechenden Beilagen ein.

Vorzeitige Pensionierung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: Kontaktaufnahme folgt

Austritt in Folge «Personalabbau/ Restrukturierung»? ☐ Ja

Der Arbeitgeber ist gesetzlich verpflichtet, der Stiftung die Verminderung der Belegschaft aufgrund eines wirtschaftlich begründeten Personalabbaus bzw. die Restrukturierung seines Unternehmens (organisatorische Massnahmen, durch welche Aufgaben eingestellt oder ganze Betriebsteile an ein anderes Unternehmen übertragen werden), welche unfreiwillige Austritte nach sich ziehen, unverzüglich zu melden. Details siehe Reglement Teil- und Gesamtliquidation von Vorsorgewerken.

Bemerkungen

Unterschrift Arbeitgeber

Datum | Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

Hinweis **Wir übernehmen die Abklärung zur Übertragung der Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung) direkt mit der versicherten Person.**