



Austrittsmeldung

1. Arbeitgeber

Kontaktperson für Rückfragen: _____

Telefon-Nr. und E-Mailadresse: _____

2. Versicherte Person

Anrede: Herr Frau AHV-Nr: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mailadresse: _____

Tel.-Nr. Geschäft: _____ Tel.-Nr. Privat: _____

Zivilstand: ledig Konkubinat verheiratet
 geschieden verwitwet eingetragene Partnerschaft

Datum der Heirat, der Registrierung der Partnerschaft bzw. der Scheidung: _____

2. Angaben zum Austritt

Austrittsdatum: _____

Austrittsgrund: Austritt infolge Pensionierung
 Austritt aus gesundheitlichen Gründen (Ende Lohnfortzahlung)
 Austritt infolge Stellenwechsel oder Pensenreduktion

Neuer Arbeitgeber: _____

Neue Vorsorgeeinrichtung: _____

Zahlungsadresse: _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber: _____