

Firma:

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.:

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

Ist die versicherte Person erwerbsunfähig aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls? ja nein

Falls ja, geben Sie bitte Details an (Datum, Ursache, etc.):

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum: 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.

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:
E-Mail: Telefon:

ÜBERWEISUNGSANGABEN

Bitte überweisen Sie meine Freizügigkeitsleistung an die Vorsorgeeinrichtung meines neuen Arbeitgebers oder auf ein Freizügigkeitskonto / eine Freizügigkeitspolice.

Name und Adresse der neuen Vorsorgeeinrichtung/Freizügigkeitsstiftung:	Name und Adresse des neuen Arbeitgebers:
.....
.....
.....

ZAHLUNGSANGABEN

(bitte Einzahlungsschein oder Bankidentifikations-Ausweis beilegen)

IBAN (max. 34 Stellen):
Bank / Post: PLZ, Ort:
Kontoinhaber:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Wahrheit der obigen Angaben.

Ort, Datum: Unterschrift des/r Versicherten:

BITTE VERLANGEN SIE FÜR DIE BARAUSSZAHLUNG DER AUSTRITTSLEISTUNG DAS ENTSPRECHENDE FORMULAR