

## Austrittsmeldung

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber unter Mithilfe der versicherten Person auszufüllen und von beiden zu unterzeichnen (Ausnahme: die versicherte Person ist lediglich für die Risiken Tod und Invalidität versichert **und** ist beim Austritt voll arbeitsfähig).

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Ort/Kanton \_\_\_\_\_  
Firmen-Nr. \_\_\_\_\_ Vorsorgeplan \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Kategorie \_\_\_\_\_

### Personalien der versicherten Person

selbständigerwerbend  angestellt

Anrede \_\_\_\_\_ Titel \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Sozialvers.-Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Geschlecht

weiblich  männlich

### Sprache

deutsch  französisch

### Zivilstand

ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet  
 in eingetragener Partnerschaft seit \_\_\_\_\_  
 in aufgelöster Partnerschaft:  gerichtlich seit \_\_\_\_\_  durch Tod

### Austritt per \_\_\_\_\_ (immer per Monatsende)

Ist die austretende Person im Zeitpunkt des Austritts voll arbeitsfähig?  ja  nein

### Freiwillige Weiterversicherung

Personen, die ihre Stelle nach Vollendung des 55. Altersjahres unfreiwillig verlieren, haben die Möglichkeit auf die freiwillige Weiterversicherung.

Wünschen Sie die freiwillige Weiterversicherung?  ja (Bitte separates Formular ausfüllen)  nein

### Überweisung der Freizügigkeitsleistung (FZL)

Neue Vorsorgeeinrichtung (Einzahlungsschein zwingend beilegen)  Barauszahlung (Bitte separates Formular ausfüllen)  
 Freizügigkeitskonto bei der Stiftung Auffangeinrichtung BVG  Freizügigkeitskonto/-police Ihrer Wahl (Einzahlungsschein zwingend beilegen)

### Neue Vorsorgeeinrichtung

Name Vorsorgeeinrichtung	_____	PLZ/Ort	_____
Name Bank	_____	PLZ/Ort	_____
IBAN-Nr.	_____	Postfinance	_____
Neuer Arbeitgeber	_____	Vertrags-Nr.	_____

Die versicherte Person nimmt zur Kenntnis, dass die Freizügigkeitsleistung gemäss Art. 3.1 des Freizügigkeitsgesetzes (FZG) an die neue Vorsorgeeinrichtung zu überweisen ist. Arbeitslose, die die Anspruchsvoraussetzungen für den Taggeldbezug der ALV erfüllen, werden für die Risiken Tod und Invalidität durch die Arbeitslosenkasse bei der Stiftung Auffangeinrichtung versichert.

**Ort/Datum**

**Unterschrift des Arbeitgebers**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ort/Datum**

**Unterschrift der versicherten Person**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Seite 3, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14