



→ Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Berufliche Vorsorge (BVG)
Postfach
8050 Zürich

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Bürozeiten Mo. - Fr.
08:00 - 12:00/ 13:30 - 16:30

Arbeitgeber: _____

Anschluss-Nr.: _____

Austrittsmeldung

Austritt per (= Ende Arbeitsverhältnis): _____

Der Arbeitgeber bestätigt, dass bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowohl die arbeitsvertraglichen Bestimmungen als auch die zwingenden Bestimmungen des Arbeitsrechts (z.B. Art. 336c OR) eingehalten wurden.

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____

Sprache: D F I

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M F

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Gesundheitszustand

Der Arbeitgeber erklärt, dass die zu versichernde Person zum Zeitpunkt des Austritts

voll arbeitsfähig ist nicht voll arbeitsfähig ist* im Sinne der IV zu ____% invalid ist**

Wenn der Versicherte nicht voll arbeitsfähig ist, legen Sie bitte immer die entsprechenden Arztzeugnisse und/oder Abrechnungen der Unfall-/Krankentaggeldversicherung bei.

* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

** Bitte IV-Verfügung beilegen

(Nur bei Austritt mit Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Monaten nötig!)

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber, dass er alle Mutationen, welche diese versicherte Person betreffen, gemeldet hat. Er trägt die Kosten und Folgen, die sich aus einer Verletzung dieser Meldepflicht ergeben.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort:

Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person: