



=> 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: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Bürozeiten Mo. - Fr.
08:00 bis 11:30/13:30 bis 16:30

Versicherte Person:

Anschluss-Nr.:

Austrittsmeldung für freiwillige Versicherung

Austritt per (= Ende der Versicherung): _____

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

Die versicherte Person war bzw. ist zum Zeitpunkt des Austritts

voll arbeitsfähig ist

nicht voll arbeitsfähig ist*

im Sinne der IV zu ____% invalid ist**

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

* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

** Bitte IV-Verfügung beilegen

Mit seiner Unterschrift bestätigt die versicherte Person, dass sie alle Mutationen gemeldet hat.

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift der zu versichernden Person: _____