



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

Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Berufliche Vorsorge (BVG)  
Elias-Canetti-Strasse 2  
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

Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Anschluss-Nr.: \_\_\_\_\_

## Austrittsmeldung für freiwillige Versicherung

(Dieses Formular bitte gut leserlich in Blockschrift ausfüllen und unterzeichnen)

Austritt per (= Ende der Versicherung): \_\_\_\_\_

### Daten der austretenden Person

Soz.-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: M F Sprache: D F I  
Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet  
eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft  
Datum der Heirat oder Registrierung bzw. der Scheidung oder Auflösung: \_\_\_\_\_  
Strasse und 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\*\*

\* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

\*\* Bitte IV-Verfügung beilegen

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person