

## Austrittsmeldung zur Personalvorsorge

**Firma:**

**Name und Vorname:**

**Adresse und Ort:**

(der versicherten Person)

Soz.Vers.Nr.:

Datum Dienstbeginn:

**Datum Dienstaustritt:**

Die versicherte Person wünscht:

den Übertrag der Freizügigkeitsleistung auf die **Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers /**

**Freizügigkeitsstiftung.** Falls bekannt bitte Adresse des neuen Arbeitgebers bzw. der neuen Vorsorgeeinrichtung  
sowie das entsprechende Bank- oder PC-Konto.

Vorsorgeeinrichtung  
Freizügigkeitsstiftung

Adresse

PLZ/Ort

Bankkonto (IBAN):

PC-Konto:

Barauszahlung:

endgültige Auswanderung

Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit

die Austrittsleistung beträgt weniger als der eigene Jahresbeitrag

**Gesundheitsprüfung:**

Verfügt die versicherte Person zur Zeit des Austrittes über die volle Erwerbsfähigkeit?  
ja            nein

Ort / Datum

Unterschrift der Stiftung  
oder der Firma

Unterschrift des  
Arbeitnehmers

---

---