

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
