

Austrittsmeldung

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ /

Festangestellte

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____ Versichertennummer _____

Strasse, PLZ und Ort _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

_____ m w

- Zivilstand
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ | <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft |
| | <input type="checkbox"/> in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft |

Ende Arbeitsverhältnis

Austrittsdatum _____

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig? Ja Nein

Bitte reichen Sie uns das Formular «Meldung Arbeitsunfähigkeit» sowie die entsprechenden Beilagen ein.

Vorzeitige Pensionierung? Ja Nein

Wenn Ja: Kontaktaufnahme folgt

Der Unterzeichnende bestätigt, dem austretenden Arbeitnehmer das Formular «Übertragung Freizügigkeitsleistung» ausgehändigt zu haben.

Unterschrift

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Senden an

Vorsorgestiftung Film und Audiovision
 Durchführungsstelle
 Postfach 300
 8401 Winterthur