

Austrittsmeldung

Vertrag Nr. /

Festangestellte

Versicherte Person

Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m w

- Zivilstand
- ledig
 - verheiratet seit
 - verwitwet
 - geschieden
 - eingetragener Partnerschaft
 - durch Tod aufgelöster Partnerschaft
 - 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

Charles Apothéloz-Stiftung
Yolanda Schweri
Kasernenstrasse 15
Postfach
8021 Zürich