



**PKNA**  
**CPNA**

PENSIONSKASSE BERNER  
NOTARIAT UND ADVOKATUR

CAISSE DE PENSION DES  
ETUDES DE NOTAIRES ET  
D'AVOCATS BERNOIS

## Austrittsmeldung

01/2017

Diese Seite ist durch den Arbeitgeber unter Mithilfe der versicherten Person auszufüllen und von beiden zu unterzeichnen.

### Wichtige Hinweise

Wir bitten Sie, dieses Formular bis spätestens einen Monat vor Austritt vollständig ausgefüllt an uns zurück zu senden. Die Pensionskasse ist verpflichtet, die Freizügigkeitsleistung valutigerecht an die neue Vorsorgeeinrichtung zu überweisen.

Falls 6 Monate nach der Meldung des Dienstaustritts keine Angaben für die Überweisung der Austrittsleistung gemacht werden, wird die Austrittsleistung an die **Stiftung Auffangeinrichtung BVG, Administration Freizügigkeits-konten, Postfach, 8036 Zürich** überwiesen.

### Allgemeine Angaben

Arbeitgeber/in, Adresse \_\_\_\_\_

Kontaktperson \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Personalnummer \_\_\_\_\_

Austritt per: \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Kündigung durch Arbeitgeber?  Ja  Nein

Hat die austretende Person in den letzten drei Jahren einen Einkauf in die Vorsorge getätigt?  Ja  Nein

Ist die austretende Person zur Zeit des Dienstaustritts voll arbeitsfähig?

Ja

Nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_ %

seit \_\_\_\_\_

Ursache der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_

Krankheit

Unfall

**Bei Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit wird vorgängig eine allfällige Leistungspflicht der Pensionskasse geprüft.**

### Neuer Arbeitgeber und Vorsorgeeinrichtung

Die Freizügigkeitsleistung ist beim Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung **zwingend** zu übertragen

#### Neuer Arbeitgeber

Name \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

#### Neue Vorsorgeeinrichtung

Name \_\_\_\_\_

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Auszahlungsadresse, bitte den Einzahlungsschein der neuen Vorsorgeeinrichtung beilegen

Postkonto \_\_\_\_\_

Bank/Filiale \_\_\_\_\_

IBAN / Bankkonto-Nr. \_\_\_\_\_

Clearing-Nr. \_\_\_\_\_

### Kein neuer Arbeitgeber

Erhaltung des Vorsorgeschatzes, wenn die Freizügigkeitsleistung nicht an eine neue Vorsorgeeinrichtung überwiesen werden kann.

Überweisung auf ein Freizügigkeitskonto

### Bitte Einzahlungsschein und Eröffnungsantrag der Freizügigkeitsstiftung beilegen

Bank/Filiale                      Clearing-Nr.                      Bankkonto-Nr.                      IBAN

### Antrag auf Barauszahlung

#### Die austretende Person beantragt eine Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung

infolge definitiven Verlassens des Wirtschaftsraumes Schweiz und Liechtenstein (Vorbehalten bleibt Art. 25f FZG)  
**Bitte Abmeldebestätigung der Einwohnergemeinde beilegen**

infolge Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit als Haupterwerb  
**Bitte Kopie der Bestätigung für Selbständigerwerbende der AHV-Ausgleichskasse beilegen**

infolge geringfügiger Austrittsleistung (Austrittsleistung kleiner als Jahresbeitrag des Arbeitnehmers)

#### Auszahlungsadresse lautend auf die austretende Person

Postkonto

Bank/Filiale                      Clearing-Nr.                      Bankkonto-Nr.                      IBAN

**Erklärung:** Die unterzeichnende versicherte Person erklärt, dass der zur Begründung des Leistungsanspruchs geltend gemachte Sachverhalt der Wahrheit entspricht und nimmt zur Kenntnis, dass mit der Barauszahlung sämtliche Ansprüche gegenüber der Pensionskasse abgegolten sind und der Vorsorgeschatz längstens nach einem Monat aufgehoben ist. Die Auszahlung der Freizügigkeitsleistung wird die Gesellschaft für Vorsorgeberatung, gestützt auf Art. 19 VStG, der Eidg. Steuerverwaltung melden, sofern sie CHF 5000.00 übersteigt und nicht der Quellensteuerpflicht unterliegt.

Bei Arbeitslosigkeit kann die berufliche Vorsorge freiwillig weitergeführt werden. Die Weiterversicherung ist bei der Stiftung Auffangeinrichtung, Postfach, 8036 Zürich möglich. Die Kosten der freiwilligen Weiterversicherung gehen vollständig zulasten der versicherten Person.

### Unterschriften

**Wichtiger Hinweis:** Ist die versicherte Person verheiratet, ist die Barauszahlung nur zulässig, wenn der Ehegatte schriftlich zustimmt. Die Zustimmung des Ehegatten ist notariell zu beglaubigen. Bei unverheirateten Personen ist eine aktuelle amtliche Bescheinigung des Zivilstandes beizulegen. Die versicherte Person bestätigt mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift  
des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
der versicherten Person \_\_\_\_\_

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Ehegatten \_\_\_\_\_