

Austrittsmeldung

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 valutagerecht 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 Freizügigkeitskonten, 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 Vorsorgeschutzes, 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 Vorsorgeschutz 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 5'000.00 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