

Meldeformular Austritt

Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmungsnummer
--------------	---------------------

Versicherte Person

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Zivilstand	Heiratsdatum

Austritt

Austrittsdatum PK				
Saisonier	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wiederanstellung nächste Saison geplant	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Bestehende Arbeitsunfähigkeit? Falls ja, ist das Meldeformular Arbeitsunfähigkeit auszufüllen.	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

AHV-pflichtiges Jahreseinkommen	CHF
Beschäftigungsgrad	%
Name neuer Arbeitgeber	
Name neue Pensionskasse	
Postkonto der neuen PK	
Bankkonto der neuen PK	
Clearingnummer	Postkonto der Bank

Bemerkungen

Versanddatum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
--------------	---