

Austrittsmeldung

Firma-Nr. Arbeitgeber	
Plan-Nr. Vorsorgeplan	

Bitte Adresse nach Austritt angeben.

Versicherungsende		Sozialversicherungs-Nr.	
Name Vorname			
Strasse Nr.			
PLZ Ortschaft			
Zivilstand		Heiratsdatum	
Telefon-Nr. Mobile			
E-Mail		Nationalität	
Ist die Person ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab welchem Datum	

	1	<input type="checkbox"/> Übertragung der Freizügigkeitsleistung an die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers (ES beilegen) Sofern die/der Versicherte in der Vorsorgestiftung VSAO verbleibt, Arbeitgeber und Eintrittsdatum angeben.
		Dauert der Arbeitsunterbruch 2 Monate oder länger, empfehlen wir Ihnen den Abschluss einer Unterbruchsversicherung (siehe Punkt 3 auf diesem Formular).
Neuer Arbeitgeber und Diensteintrittsdatum		
	2	<input type="checkbox"/> Übertritt in die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende
	3	<input type="checkbox"/> Die Risikoversicherung wird im Rahmen einer Unterbruchsversicherung auf eigene Rechnung weitergeführt Die entsprechenden Unterlagen werden nach Eingang der Austrittsmeldung zugestellt.
	4	<input type="checkbox"/> Eröffnung eines Freizügigkeitskonto für maximal zwei Jahre bei der Vorsorgestiftung VSAO Die/der Versicherte verzichtet auf jeglichen Versicherungsschutz (Art. 6.2, Stiftungsreglement).
	5	<input type="checkbox"/> Übertragung auf ein Freizügigkeitskonto/-police bei einer Bank oder Versicherungsgesellschaft Entsprechenden Eröffnungsantrag und Einzahlungsschein beilegen.
	6	<input type="checkbox"/> Barauszahlung der Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung) Das entsprechende Gesuch wird nach Eingang der Austrittsmeldung zugestellt.
		<input type="checkbox"/> Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit <small>Nur innerhalb eines Jahres nach Aufnahme möglich</small>
		<input type="checkbox"/> Austrittsleistung ist kleiner als ein Jahresbeitrag des Arbeitnehmenden <input type="checkbox"/> Endgültiges Verlassen der Schweiz

Dieses Formular muss zwingend durch den Arbeitgeber und Arbeitnehmenden unterzeichnet werden.

Unterschrift Arbeitnehmer	Stempel Unterschrift Arbeitgeber
Ort Datum	Ort Datum

Mit der Unterschrift bestätigen beide Parteien die Vollständig- und Richtigkeit der Angaben.

Kontaktperson Arbeitgeber	Telefon-Nr.
E-Mail	