

# Austrittsmeldung

Betrieb Nr.

Vertrag Nr. /

Festangestellte

## Versicherte Person

Name Vorname AHV-Nummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m  w

- Zivilstand
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ledig            | <input type="checkbox"/> geschieden                               |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit | <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft           |
| <input type="checkbox"/> verwitwet        | <input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft   |
|   | <input type="checkbox"/> in 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

vorsorgestiftung film und audiovision  
Durchführungsstelle  
Postfach 300  
8401 Winterthur