

## Austrittsmeldung

Betrieb Nr. \_\_\_\_\_  
Vertrag Nr. \_\_\_\_\_ /

**Festangestellte**

**Versicherte Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig  geschieden  m  w

verheiratet seit \_\_\_\_\_  in eingetragener Partnerschaft  
 verwitwet  in durch Tod aufgelöster Partnerschaft  
 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