

Austrittsmeldung für Arbeitnehmer

(vom Arbeitgeber auszufüllen und zu unterschreiben)

Mitgliedschaftsnummer: _____ Arbeitgeber / Unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten des/der Versicherten

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Telefon _____ E-Mail _____

Angaben zum Austritt

Austrittsdatum _____ / _____ / _____

Nur am Ende eines Monats möglich

Verfügt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Austritts über ihre volle Arbeitsfähigkeit? ja nein

Wenn nicht, wann war der Beginn der Arbeitsunfähigkeit? _____ / _____ / _____

Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift(en) des Arbeitgebers _____

Verwendung der Freizügigkeitsleistung (optional)

- Die Verwendung der Austrittsleistung ist uns nicht bekannt
⇒ Die AROMED Stiftung übernimmt die Kontaktaufnahme mit dem/der austretenden Versicherten.
- Die neue Vorsorgeeinrichtung ist uns bekannt
⇒ Bitte füllen Sie den untenstehenden Abschnitt aus und lassen Sie ihn von der austretenden versicherten Person unterschreiben.
- Es handelt sich um einen Austritt infolge einer Pensionierung
⇒ Füllen Sie das Formular für den Eintritt in den Ruhestand aus

Übertragung an eine Vorsorgeeinrichtung

Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Adresse _____

Name und Adresse der Bank _____

IBAN / Kontonummer _____

Bitte legen Sie ein Überweisungsformular oder ein Dokument über die Überweisung der Austrittsleistung aus der neuen Vorsorgeeinrichtung bei.

Datum, Ort, Unterschrift der/des austretenden Versicherten _____ / _____ / _____, _____

(nur unterschreiben zu lassen, wenn die Vorsorgeeinrichtung bekannt ist)

