# **austrittsmeldung BERUFLICHE VORSORGE**

## Ausgangslage

|  |  |
| --- | --- |
| Vorsorgeträger |  |
| Anschluss-Nummer |  |
| Betrieb |  |
| Austrittsdatum |  |

## Personenangaben

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Vorname |  | | | | |
| Adresse |  | | | | |
| PLZ Ort |  | | | | |
| Sozial-Versicherungsnummer | 756. | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |
| Geschlecht | männlich | weiblich |  |  |  |
| Zivilstand | ledig | eing. PS | verh. | gesch. | verw. |
| Email |  | | | | |
| Telefon / Mobile |  | | | | |
| Arbeitsfähigkeit | Ist die austretende Person im Zeitpunkt des Austritts voll arbeitsfähig? | | | Ja | Nein |

## Neuer Arbeitgeber

(falls bekannt – ansonsten wenden wir uns direkt an die austretende Person)

|  |  |
| --- | --- |
| Neuer Arbeitgeber |  |
| PLZ Ort |  |
| Vorsorgeeinrichtung |  |

## Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_