# **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_