

# AUSTRITTSMELDUNG des Arbeitgebers



Austritt der versicherten Person  
per: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber-Nr.: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Rückfrage an: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

## Personalien der versicherten Person:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Zivilstands-Änderung Datum : \_\_\_\_\_

### Ist die austretende Person arbeitsfähig?

Bei Arbeitsunfähigkeit Arztzeugnisse beilegen

ja  nein

Arbeitsunfähig zu (in %) \_\_\_\_\_

Beginn der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_

### Ist eine Wohnsitzverlegung ins Ausland geplant? ja nein

Wenn ja, per wann? \_\_\_\_\_

Ausland-Adresse : \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel,  
Unterschrift  
der Firma: \_\_\_\_\_