



Versicherte Person:

Anschluss-Nr.:

## Austrittsmeldung für freiwillige Versicherung

Austritt per (= Ende der Versicherung): \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Sprache:  D  F  I  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  M  F Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Zivilstand:  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  
 verwitwet  geschieden  aufgelöste Partnerschaft  
Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

### Gesundheitszustand

Die versicherte Person war bzw. ist zum Zeitpunkt des Austritts

voll arbeitsfähig ist  nicht voll arbeitsfähig ist\*  im Sinne der IV zu \_\_\_\_% invalid ist\*\*

Wenn Sie nicht voll arbeitsfähig sind, legen Sie bitte immer die entsprechenden Arztzeugnisse und/oder Abrechnungen der Unfall-/Krankentaggeldversicherung bei.

\* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

\*\* Bitte IV-Verfügung beilegen

Mit seiner Unterschrift bestätigt die versicherte Person, dass sie alle Mutationen gemeldet hat.

\_\_\_\_\_  
Ort:

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person:



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

**Vertraulich**

Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Vorsorge BVG  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Postfach  
8050 Zürich

**Vertraulich**

Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Vorsorge BVG  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Postfach  
8050 Zürich

Bitte legen Sie dieses Deckblatt den Unterlagen bei, die Sie uns zurücksenden. Vielen Dank.

Bitte benutzen Sie für die Rücksendung Ihrer Dokumente keine Büroklammern, Heftklammern und Klebeband.

