

## Dienstaustritt

### Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

### Arbeitnehmer

Police Nr.

Anrede

- Frau  
 Herr

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Land

Geburtsdatum

Zivilstand

seit, Datum

E-Mail

Ist die versicherte Person vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig?

- Ja  
 Nein

**Hinweis:** Sofern uns die Arbeitsunfähigkeit noch nicht gemeldet wurde, ist das Formular «[Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit](#)» einzureichen.

### Austrittsdaten & -leistungen

Ende Arbeitsverhältnis

Erfolgt der Austritt infolge Restrukturierung?

- Ja
- Nein

Für Personen älter als 58: Bestehen gesamtarbeitsvertragliche Vorruhestandsregelungen?

- Ja
- Nein

gemäss

---

### Austrittsleistung

Ist die Verwendung der Austrittsleistung bekannt?

- Nicht bekannt
- Eintritt in neue Vorsorgeeinrichtung

### Neue Vorsorgeeinrichtung

Vorsorgeeinrichtung

---

Name der Vorsorgeeinrichtung

Zusatzname

---

#### Adresse

Strasse

Nr.

---

PLZ

Ort

---

Land

---

#### Kontoangaben und Vertragsnummer

IBAN-Nr.

Konto-Nr.

---

Referenz-Nr.

Vertrag-Nr.

---

Ist der neue Arbeitgeber bekannt?

- Ja
- Nein

### Neuer Arbeitgeber

Name des neuen Arbeitgebers

---

Strasse

Nr.

---

PLZ

Ort

Land

## Unterlagen

Angehängte Dokumente:

---

**Hinweis:** Von Ihrem Mitarbeitenden benötigen wir weitere Informationen über die Verwendung der Austrittsleistung.

Wie soll der Arbeitnehmer das entsprechende Formular erhalten?

- Das Unternehmen überreicht dem Mitarbeitenden das nötige Formular.
- Der Mitarbeitende soll das Formular per E-Mail erhalten.
- Die Stiftung soll dem Mitarbeitenden das Formular per Post schicken.

Private E-Mail des Mitarbeitenden

---

Bitte überreichen Sie die folgenden Formulare Ihrem Mitarbeitenden für weitere Angaben zur Verwendung der Austrittsleistung. Das entsprechende Formular ist von Ihrem Mitarbeitenden auszufüllen und an uns zurück zu schicken.

1. Überweisung der Freizügigkeitsleistung an neue Vorsorgeeinrichtung (neue Arbeitsstelle)
2. Eröffnung Freizügigkeitspolice/-konto, Barauszahlung (keine neue Arbeitsstelle)

## Bestätigung Arbeitgeber

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.

Diese Anmeldung wurde erfasst von

Vorname

Nachname

---

Ihre Mail-Adresse für allfällige Rückfragen

---

## Datenschutz

Sämtliche personenbezogenen Daten werden gemäss der geltenden Gesetzgebung bearbeitet:

Für die obligatorische berufliche Vorsorge gelten die Datenschutzbestimmungen des BVG (Art. 85a ff. BVG). Die Bestimmungen des DSG sind ergänzend anwendbar. Für die rein überobligatorische berufliche Vorsorge gilt das DSG (Informationen dazu, wie z.B. Identität und Kontaktdaten der Verantwortlichen, Bearbeitungszwecke, etc., finden Sie unter [www.helvetia.ch/datenschutz](http://www.helvetia.ch/datenschutz)).