

Austrittsmeldung

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Versicherte Person

AHV-Nummer / SV-Nummer

Name

Vorname

Strasse

PLZ und Ort

Austrittsdatum

Austrittsgrund

War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Austritts voll arbeitsfähig? Ja Nein

Ort und Datum

Unterschrift des Arbeitgebers
