

Dienstaustritt (ARBEITGEBER-FORMULAR)

Firma

Anschluss-Nummer (Beispiel: 012345): Strasse, Nr.:

Firmen-Name: PLZ, Ort:

Versicherte Person

Name: Geschlecht: männlich weiblich

Vorname: Sprache: deutsch

Strasse, Nr.: französisch

PLZ, Ort: italienisch

Land: Zivilstand: ledig verwitwet

Geburtsdatum: verheiratet / eingetragene Partnerschaft

Sozialversicherungsnr.: Heiratsdatum / Beurkundungsdatum:

E-Mail: Geburtsdatum Ehepartner / Partner:

Telefon: geschieden / aufgelöste Partnerschaft

Dienstaustritt

Austrittsdatum (Ende der Lohnzahlung):

Austrittsgrund: Austritt

Aufnahme selbständige Erwerbstätigkeit

Sonstiger:

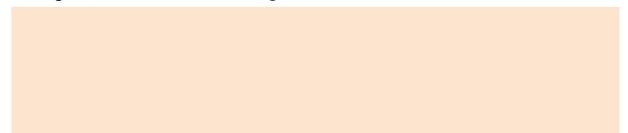
Ist die zu versichernde Person gegenwärtig voll erwerbsfähig? Ja

Nein. Bei Invalidität, IV-Grad: %

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift der angeschlossenen Firma



Vollständig

Erfassung

Datum

Visum

Schlusskontrolle