



Sammelaustrittsmeldung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

1. Firma

Name Mitglied-/Vertrags-Nr.

2. Versicherte Personen

Name/Vorname	Sozialversicherungsnr.	Geburtsdatum	Austrittsdatum	Strasse, Nr.	PLZ	Ort
1.)						
2.)						
3.)						
4.)						
5.)						
6.)						
7.)						

Falls eine versicherte Person im Zeitpunkt des Dienstaustrittes infolge Krankheit oder Unfall nicht voll arbeitsfähig ist, bitten wir Sie dies hier zu vermerken:

Ort Datum Stempel und Unterschrift der Firma