



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	AHV-Nr.	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