

ARBEITGEBER

Vertrags-Nr.
 Firma

VERSICHERTE PERSON (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Name: Vorname:
 Geburtsdatum: / / Zivilstand: ledig verheiratet * geschieden *
 AHV-Nr: eingetr. Partner/in verwitwet *
 Geschlecht: männlich weiblich * gilt analog für die eingetragene Partnerschaft
 Adresse: PLZ / Ort:
 Nationalität: Austrittsdatum: / /
 Beitragszeitraum im Austrittsjahr: von / / bis / /

Massgebender Lohn für die Beitragsberechnung in diesem Zeitraum: CHF
 Ist/war die versicherte Person zum Zeitpunkt des Austritts voll erwerbsfähig? ja nein

Falls nicht, seit wann war sie arbeitsunfähig? / / (bitte vorhandene Arztzeugnisse beilegen)

Ort und Datum: **Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:**

AUSTRITTSLEISTUNG

Der austretende Versicherte bittet um Übertragung seiner Austrittsleistung an die Vorsorgeeinrichtung seines neuen Arbeitgebers.
 Neuer Arbeitgeber
 Vorsorgeeinrichtung

Der austretende Versicherte tritt keiner neuen Vorsorgeeinrichtung bei. Seine Austrittsleistung ist als Freizügigkeitskonto bei der Freizügigkeitsstiftung der Banque Cantonale Vaudoise weiterzuführen.

Der austretende Versicherte beantragt die Auszahlung seiner Austrittsleistung in bar:
Für eine Barauszahlung ist in jedem Fall die Unterschrift des Ehegatten/eingetragenen Partners obligatorisch. Bitte unbedingt eine aktuelle Zivilstandsurkunde sowie eine Kopie der Identitätsausweise der versicherten Person und des Ehegatten/eingetragenen Partners mit Unterschrift beilegen.

und erklärt, dass er eine selbstständige Erwerbstätigkeit aufnimmt und nicht mehr der obligatorischen beruflichen Vorsorge untersteht.
(Bitte eine Bestätigung der AHV-Ausgleichskasse beilegen, die vor weniger als einem Monat ausgestellt wurde und die selbstständige Tätigkeit im Hauptwerb bestätigt.)

und erklärt, dass er die Schweiz endgültig verlässt und in der Schweiz keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt.
(Bitte folgende Dokumente beilegen, die vor weniger als einem Monat ausgestellt wurden: 1) eine von den Behörden des Ziellandes/Wohnsitzlandes ausgestellte Wohnsitzbescheinigung und 2a) für Schweizer Staatsangehörige eine Abmeldebescheinigung der Einwohnerkontrolle, 2b) für ausländische Staatsangehörige eine Bescheinigung der Fremdenpolizei über die Aufhebung der Niederlassungs- bzw. der Arbeitsbewilligung).
IN WELCHEM LAND LASSEN SIE SICH NIEDER?

Lässt sich der austretende Versicherte in einem Land nieder, das nicht Mitglied der EU oder der EFTA ist, wird die Freizügigkeitsleistung vollumfänglich in bar ausgezahlt.

Lässt sich der austretende Versicherte in einem Mitgliedstaat der EU oder der EFTA nieder, teilt ihm die Vorsorgestiftung mit, welche Schritte er zu unternehmen hat, um seine Austrittsleistung zurückzufordern.

da sie niedriger ist, als die jährliche Beitragszahlung.

ZAHLUNGSADRESSE (für die Überweisung an eine neue Vorsorgestiftung oder für die Barauszahlung)

Postscheckkonto oder Bankkonto (IBAN für Auslandszahlungen):
 Kontoinhaber mit Adresse:
 Name und Adresse der Bank:
 Ort und Datum:

Unterschrift des austretenden Versicherten: **Unterschrift des Ehegatten / eingetragenen Partners**

BITTE ZURÜCK AN:

Fondation Collective FCPE-Pensio
Case postale 300
1001 Lausanne