



**AHV-Ausgleichskasse Metzger**

**Caisse de Compensation AVS des Bouchers**

**Cassa di Compensazione AVS dei Macellai**

Wytttenbachstrasse 24 – 3000 Bern 22 – Telefon 031 340 60 60 – Fax 031 340 60 00 – Postkonto 30-913-7 – www.ahvpkmetzger.ch

## Austrittsmeldung

zuhanden der Pensionskasse Metzger

Verlässt ein versicherter Arbeitnehmer den Betrieb, so ist die vorliegende Austrittsmeldung auszufüllen und der Pensionskasse zuzustellen. Durch dieses Vorgehen vermeidet der bisherige Arbeitgeber unnötige Rückfragen, stoppt die Fakturierung der Pensionskassenbeiträge für den austretenden Mitarbeiter und entlastet sich von weiteren administrativen Umtrieben.

### Arbeitgeber

Name: \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_

### Personalien der austretenden Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Austritt

Beendigung des Arbeitsverhältnisses per: \_\_\_\_\_

Ist der ausgetretene Arbeitnehmer arbeitsunfähig infolge Krankheit, Unfall oder Schwangerschaftsbeschwerden?  Ja  Nein

Wird die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als drei Monate dauern?  Ja  Nein

Handelt es sich beim Austritt um eine (vorzeitige) Pensionierung?  Ja  Nein

### Übertragung der Austrittsleistung

Übertragung auf die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers:

Name und Ort des neuen Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

Name der neuen Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

**Bitte Einzahlungsschein beilegen.**

Es ist keine neue Vorsorgeeinrichtung bekannt. Die Pensionskasse wird gebeten, mit der austretenden Person direkt Kontakt aufzunehmen.

### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Unterschrift des Arbeitgebers

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

*Einsenden an:*

Pensionskasse Metzger  
c/o AHV-Ausgleichskasse Metzger  
Wytenbachstrasse 24  
Postfach  
3000 Bern 22