

Entlassung altershalber (§ 10 Statuten / § 11 Versicherungsvertrag)**Angaben zum Arbeitgeber:**

Vertrags-Nr.:
Arbeitgeber:
Kontaktperson:
Telefonnummer:
E-Mail:

Angaben zur versicherten Person:

Versicherten-Nr. (13-stellig): 756.
Name / Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ / Ort:

Entlassung altershalber per: (Ende Monat bzw. Ende Schuljahr)

Wird eine Abgangsentschädigung ausgerichtet?

- Ja, Dauer: Monate (Kopie Entscheid bitte beilegen)
 Nein

Wird eine Abfindungssumme ausbezahlt?

- Ja, Betrag:
 Nein

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig? Ja Nein

Bei einer Entlassung altershalber vor dem vollendeten 63. Altersjahr werden die ergänzenden Spargutschriften dem Arbeitgeber in Rechnung gestellt.

Ort/Datum:

Unterschrift Arbeitgeber:

Wir bitten Sie, uns dieses Formular per Post zuzustellen, sobald Ihnen der Entlassungstermin bekannt ist. Nach Eingang Ihrer Meldung werden wir der versicherten Person den Altersrücktritt bestätigen.