

FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

Anfrage vorzeitige (Teil-)Entlassung altershalber

Art. 8 des Vorsorgereglements. Anfrage vorzeitige (Teil-)Entlassung altershalber

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

Hinweis: Dieses Formular ist nur für Arbeitgeber, welche gemäss Ziff. 2.5. Abs. 1 des Anschlussvertrages im Anhang II die Leistung *nicht* ausgeschlossen haben.

**Angaben zum
Arbeitgeber**

Arbeitgeber:

Vertrags-Nr.:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

Telefon-Nr.:

E-Mail:

**Angaben zur
versicherten
Person**

Name:

Vorname:

Sozialversicherungs-Nr.:

Geburtsdatum:

756.

Strasse/Nr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Wohnort:

Personal-Nr.:

Private Telefon-Nr.:

Private E-Mailadresse:

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?

[Dropdown-List](#)**Angaben zur
vorzeitigen
Entlassung
altershalber**

- ☐ Datum der vorzeitigen Entlassung altershalber auf Enddatum der Lohnzahlung (inkl. Abgangsentschädigungen oder Abfindungsmonaten):
Datum: _____

- ☐ Vorzeitige **Teil**-Entlassung altershalber per Datum: _____
Anrechenbarer Jahreslohn neu (CHF): _____ Beschäftigungsgrad neu in %: _____

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: