

## FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

# Austrittsmeldung

Art. 66 des Vorsorgereglements sowie Art. 25 der Gesamtvorsorge und der Ergänzungsvorsorge.  
Freizügigkeitsleistungen

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8006 Zürich

### Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

E-Mail:

Vertrags-Nr.:

Telefon-Nr.:

### Angaben zur versicherten Person

Name:

Sozialversicherungs-Nr.:  
756.

Strasse/Nr.:

PLZ:            Wohnort:

Private Telefonnummer:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresszusatz:

Personal-Nr.:

Private E-Mailadresse:

### Angaben zum Austritt

Datum des Austritts:

Ist die Person voll arbeitsfähig?

Ja     Nein

Falls Arbeitsunfähigkeit besteht:

Wurde der Antrag zur vertrauensärztlichen  
Untersuchung bei der BVK eingereicht?

Ja     Nein

Falls Nein: Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Falls Nein: Bitte begründen Sie:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber:

### Hinweis

Falls die versicherte Person der Vollversicherung gemäss Art. 19 des Vorsorgereglement untersteht: Bitte geben Sie der versicherten Person das Formular F231 «Angaben zum Austritt» ab.

### Kontakt

Telefon 058 470 45 45 (Angestellte des Kantons und Bildungsinstitutionen [ohne Schulgemeinden])  
Telefon 058 470 44 44 (alle anderen Angestellten)