FORMULAR FÜR ARBEITGEBER**Austrittsmeldung**

Art. 67 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

Bitte geben Sie der versicherten Person das Formular F231 «Persönliche Erklärung» ab.