

Austrittsmeldung Arbeitnehmer

(durch den **Arbeitgeber** auszufüllen und zu unterzeichnen)

Abrechnungs-Nr. (sofern bekannt) _____

1. Personalien

Name, Vorname _____

AHV-Nr. _____

Strasse, PLZ, Wohnort _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon-Nr. _____

2. Angaben zum Austritt

Austrittsdatum:

(Ende des Arbeitsvertrages bzw. Ende der Lohnzahlungspflicht) _____

Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch

- Arbeitnehmer
 Arbeitgeber

Ist der Arbeitnehmer voll arbeits- bzw. erwerbsfähig?

Falls nein: Bitte reichen Sie uns das Formular „Meldung Arbeitsunfähigkeit“ sowie die entsprechenden Beilagen ein.

- Ja
 Nein

Wird eine Anpassung des gemeldeten Lohnes gewünscht?

Wird keine Lohnanpassung gewünscht, rechnet die PAT BVG mit dem aktuell erfassten Lohn ab.

- Ja
 Nein

Wenn ja, bitte AHV-pflichtigen Bruttolohn inkl. Anteil 13. Monatslohn des laufenden Jahres bis zum Austritt angeben

CHF _____

Hinweis: Sinkt der Jahreslohn vorübergehend wegen Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft oder aus ähnlichen Gründen, so behält der bisherige versicherte Lohn mindestens solange Gültigkeit, als die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers nach Art. 329f OR dauert. Die versicherte Person kann jedoch die Herabsetzung des koordinierten Lohnes verlangen.

3. Unterschrift

Der unterzeichnende Arbeitgeber bescheinigt die Richtigkeit obiger Angaben und bestätigt, dem Arbeitnehmer die durch ihn auszufüllende „Austrittsmeldung Arbeitnehmer“ (separates Formular) übergeben und diesen aufgefordert zu haben, das Formular umgehend der PAT BVG in St.Gallen einzureichen.

Ort und Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Leitung und Vorsorge

PAT-BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tel. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch