



# Meldung des Austritts bei befristetem Arbeitsunterbruch

Vertrag Nr. /

von saisonal beschäftigten Personen

## Befristeter Arbeitsunterbruch

Tritt die versicherte Person ihren Arbeitsunterbruch an und wird sie aller Voraussicht nach im nächsten Halbjahr wieder einen Arbeitsvertrag erhalten, so ist uns der Austritt mit **diesem Formular** mitzuteilen

## Hinweis für definitiven Austritt

Personen, deren Arbeitsverhältnis definitiv beendet wurde,  
– weil sie im nächsten Halbjahr keinen Arbeitsvertrag mehr erhalten werden,  
– weil sie ihre Arbeit wider Erwarten per Ende Arbeitsunterbruch nicht angetreten haben,  
– weil ihr Arbeitsvertrag aus sonstigen Gründen aufgelöst wurde,  
– weil sie bei einer neuen Vorsorgeeinrichtung versichert sind,  
**sind uns mit dem Formular «Austrittsmeldung» als definitive Austritte zu melden.**

Arbeitgeber Name und Ort\*

1 Versichertennummer*	2 Name*		3 Austritt per*			4 voll arbeitsfähig*		5 Zusatzangaben, sofern nötig
	Geburtsdatum*	Vorname*	Tag	Monat	Jahr	Ja	Nein	
.....	N. J. ....	V. I. ....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G. I. ....	G. I. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N. J. ....	V. I. ....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G. I. ....	G. I. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N. J. ....	V. I. ....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G. I. ....	G. I. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N. J. ....	V. I. ....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G. I. ....	G. I. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N. J. ....	V. I. ....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G. I. ....	G. I. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\*Zwingende Angabe

Bemerkungen

**Arbeitsfähigkeit** Wir haben die per Austritt nicht voll arbeitsfähigen Personen in der Kolonne 4 mit Nein gekennzeichnet.

Wir bestätigen, dass die in Kolonne 4 mit Ja gekennzeichneten Personen voll arbeitsfähig sind.

**Meldende Person  
im Auftrag des  
Arbeitgebers**

Datum	Name	Vorname
.....	.....	.....
E-Mail-Adresse		
.....		

Senden an formsservice.bvg@axa.ch

oder an: AXA, Postfach 300, 8401 Winterthur