



# 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 gesundheitlich voll arbeitsfähig*		5 Zusatzangaben, sofern nötig
	Geburtsdatum*	Vorname*	Tag	Monat	Jahr	Ja	Nein	
N.J.	V.I.							
G.I.	G.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.J.	V.I.							
G.I.	G.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.J.	V.I.							
G.I.	G.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.J.	V.I.							
G.I.	G.I.	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.J.	V.I.							
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 gesundheitlich nicht voll arbeitsfähigen Personen in der Kolonne 4 mit Nein gekennzeichnet.

Wir bestätigen, dass die in Kolonne 4 mit Ja gekennzeichneten Personen gesundheitlich 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