

Berufliche Vorsorge Austrittsmeldung und Anmeldung für den Vorruhestand

Firma	Vertrags-Nr.	Versicherten-Nr.
-------	--------------	------------------

Angaben zur Person

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Geburtsdatum	AHV-Nr.
Telefon-Nr. privat	E-Mail privat
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Englisch
Ist die Person im Zeitpunkt des Übertritts in den Vorruhestand voll arbeitsfähig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein*	

* Falls noch nicht gemeldet, füllen Sie bitte gleichzeitig das Formular «Meldung einer Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit» aus und stellen Sie uns dieses unterzeichnet zu.

Angaben zum Vorruhestand

Trägerstiftung der Berufsbranche:

- Stiftung für den flexiblen Altersrücktritt im Bauhauptgewerbe (FAR)
- Stiftung Vorruhestandsmodell Maler-Gipser
- Stiftung Vorruhestandsmodell Gebäudehülle
- Stiftung RESOR – Vorpensionierungskasse des Westschweizer Ausbaugewerbes
- Stiftung RETAVAL – Vorpensionierungskasse zugunsten der Bauhandwerksbetriebe des Kantons Wallis

Beginn des Vorruhestandsmodells:

Die Bestätigung der Trägerstiftung bezüglich des Anspruchs auf Vorruhestandsleistung ist beizulegen.

Allgemeine Reglementsbestimmungen

Im Vorruhestandsmodell gelten die Bestimmungen für branchenspezifische Vorruhestandsmodelle im Anhang der Allgemeinen Reglementsbestimmungen (ARB) unter allianz.ch/bvg-dokumente. Die ARB bleiben anwendbar, sofern sie für das Vorruhestandsmodell von Bedeutung sind. Die versicherte Person bestätigt mit der Unterschrift, von den reglementarischen Bestimmungen Kenntnis genommen zu haben.

Datenschutz

Informationen zum Datenschutz, insbesondere zu Nutzungen und Empfängern Ihrer Daten und zu Ihren Rechten, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf allianz.ch/privacy.



Unterschrift

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

Gleichzeitig bestätigt der Arbeitgeber hiermit den Austritt aus der bisherigen Vorsorge per Beginn des Vorruhestandsanspruchs (Vertrags-Nr. oben angegeben).

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber