

Austrittsmeldung Pensionskasse**Pensionskasse
der Diözese St. Gallen
Klosterhof 6a
9000 St. Gallen****1. Kirchgemeinde / Bereich / Anstellung als**
_____**2. Personalien** Frau Herr

Name _____ Vorname _____

Wohnadresse _____

AHV-Nr. _____ Geburtsdatum _____
(13stellige Sozialversicherungsnummer)

Zivilstand _____ Heiratsdatum _____

3. Ende Arbeitsverhältnis per _____**Austritt / Pensionierung pkath per** _____

Die Beitragspflicht endet am Ende desjenigen Monats, für den zum letzten Mal vom Arbeitgebenden der Lohn oder Lohnersatz (z. B. Unfall- und/oder Krankentaggeld) ausgerichtet wird.

4. Ueberweisungsanweisungen für die Austrittsleistung

Risikoversicherte: Versicherte unter 25 Jahre und ohne eingebrachte Freizügigkeitsleistung haben keinen Anspruch auf eine Austrittsleistung. Es ist deshalb keine Zahladresse erforderlich.

 Überweisung an Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers

Arbeitgeber _____

PLZ / Ort _____

Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Adresse der Vorsorgeeinrichtung _____

IBAN / Bankkonto _____

Clearing-Nr. _____

Postkonto _____

(Bitte Einzahlungsschein beilegen)

Name _____ Vorname _____

Überweisung an Freizügigkeitskonto oder Freizügigkeitspolice

Name der Freizügigkeitseinrichtung

Adresse der Freizügigkeitseinrichtung

IBAN / Bankkonto

Clearing-Nr.

Postkonto

(Bitte Einzahlungsschein beilegen) **Verbleib in der Pensionskasse der Diözese St. Gallen**

Mein neuer Arbeitgeber ist auch bei der Pensionskasse der Diözese St. Gallen versichert.

 Barauszahlung

Bitte Formular „Barauszahlung der Austrittsleistung“ ausfüllen.

5. Bestätigung des/der austretenden ArbeitnehmerIn:

Ich nehme zustimmend zu Kenntnis, dass meine Austrittsleistung an die Stiftung Auffangeinrichtung BVG, Freizügigkeitskonten, Postfach, 8036 Zürich, überwiesen wird, sofern ich die vollständigen Überweisungsanweisungen nicht innert 180 Tagen nach Austritt der Pensionskasse der Diözese St. Gallen zugestellt habe.

Ort / Datum**Unterschrift ArbeitnehmerIn**

6. Bestätigung des Austritts / der Pensionierung durch die/den ArbeitgeberIn:**Ort / Datum****Visum/Stempel ArbeitgeberIn**
