



SSO-Vorsorgestiftung für zahnmedizinische Berufe

Münzgraben 2, 3000 Bern 7, Tel. 031 / 312 10 91, Fax 031 / 311 74 70

Austrittsmeldung

(Für neue Angestellte bitte sofort Anmeldeformular einsenden)

Vertrags-Nr.: _____

Abrechnungsgruppe: _____

Name und Adresse der Praxis: _____

1. Angaben zur versicherten Person

Versicherten-Nr.: _____

1.1 Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

⇒ falls verheiratet: Heiratsdatum: _____

in eingetragener Partnerschaft eingetragene Partnerschaft aufgelöst

⇒ falls in eingetragener Partnerschaft: Datum der Eintragung: _____

1.2 Auflösung des Arbeits- bzw. Versicherungsverhältnisses per

| Tag | Monat | Jahr |
|-----|-------|------|
| | | |

1.3 Ist die austretende Person erwerbsunfähig? Wenn ja,
Formular „Erwerbsunfähigkeitsmeldung“ ausfüllen

Nein ja

Ort und Datum: _____

Unterschrift **Praxisinhaber/in**: _____

2. Die Freizügigkeitsleistung (von der versicherten Person auszufüllen, die über ein Altersguthaben verfügt)

2.1 bleibt bei der SSO-Vorsorgestiftung

falls bekannt:

Name und Adresse des/r neuen Praxisinhabers/in:

neue Vertrags-Nr.: _____

neue Abrechnungsgruppe: _____

2.2 ist der neuen Vorsorgeeinrichtung zu überweisen:

Name und Adresse der neuen Vorsorgeeinrichtung:

Name und Adresse des/r neuen Praxisinhabers/in:

Auszahlungsadresse (bitte Einzahlungsschein beilegen)

Bank **Post** Konto (falls IBAN nicht möglich): _____

IBAN (max. 34 Stellen): _____

Bank (Name, PLZ, Ort, Staat): _____

SWIFT-Code (BIC): _____ Clearing/BLZ: _____

das Konto lautet auf: _____

Bitte auch Rückseite beachten!

- 2.3 ist in eine prämierefreie **Freizügigkeitspolice (Alters- und Risikoleistungen)** bzw. in ein **Freizügigkeitskonto** umzuwandeln. Freizügigkeitspolice bzw. Freizügigkeitskonten werden bei einem Austritt abgeschlossen, sofern der von der Vorsorgeeinrichtung zur Verfügung gestellte Freizügigkeitsanspruch keiner neuen Vorsorgeeinrichtung überwiesen werden kann (FZG Art. 3 und 4).

Die austretende Person wünscht den Abschluss / die Eröffnung

- einer Freizügigkeitspolice (Alters- und Todesfall) bei Swiss Life (Mindestbetrag CHF 5'000). Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Freizügigkeitsversicherungen (Freizügigkeitspolice) können unter www.swisslife.ch (Unternehmen/Kundendienst/Vertragsdokumente) eingesehen werden.
- einer Freizügigkeitspolice (Alters- und Todesfall) bei einer anderen Versicherungsgesellschaft.
- eines Freizügigkeitskontos bei einer Freizügigkeitsstiftung.

- 2.4 ist **bar auszuzahlen (Einzahlungsschein beilegen)**. Dies ist nur bei einem der folgenden Barauszahlungsgründe möglich:

- Die in der Schweiz wohnhafte austretende Person nimmt neu eine selbständige Erwerbstätigkeit im Haupterwerb auf und untersteht der obligatorischen beruflichen Vorsorge nicht mehr (**Bestätigung der AHV-Ausgleichskasse beifügen**).
- Die austretende Person verlässt die Schweiz endgültig und nimmt in einem Drittstaat Wohnsitz, der nicht zur EU oder EFTA gehört (**Bestätigung der Niederlassung des neuen Wohnsitzstaates beifügen**).
- Die austretende Person verlässt die Schweiz endgültig und nimmt oder hat in einem Drittstaat Wohnsitz, der zur EU oder EFTA gehört (**Behördliche Abmeldebestätigung beifügen**).
- Die austretende Person hat Anspruch auf einen Betrag, der kleiner ist als ihr persönlicher Jahresbeitrag (**siehe Vorsorgeausweis**).

Haben Sie in den letzten 3 Jahren vor dem Austrittsdatum in einer vorangehenden Vorsorgeeinrichtung Einkäufe getätigt? *Ja Nein

* **Wenn „Ja“, bitte Steuerbescheinigungen beifügen**

3. Zahlstelle für eine Freizügigkeitspolice, ein Freizügigkeitskonto oder eine Barauszahlung der Freizügigkeitsleistung resp. der Altersleistung

(nicht ausfüllen, wenn eine Freizügigkeitspolice bei Swiss Life eröffnet werden soll)

Bank **Post** Konto (falls IBAN nicht möglich): _____

IBAN (max. 34 Stellen): _____

Bank (Name, PLZ, Ort, Staat): _____

SWIFT-Code (BIC): _____ Clearing/BLZ: _____

das Konto lautet auf: _____

(bitte Einzahlungsschein beilegen)

WICHTIG: Bei Barauszahlung ist zusätzlich ein Personenstandsausweis (telefonisch bei der Heimatgemeinde anzufordern) bzw. eine andere aktuelle amtliche Bescheinigung des Zivilstandes sowie eine Beglaubigung der Unterschrift (falls verheiratet auch des Ehegatten oder bei in eingetragener Partnerschaft lebend auch des/r Partners/in) beizufügen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift der **versicherten Person**: _____

bei Barauszahlung, falls verheiratet:

Ort und Datum: _____

Unterschrift des/r **Ehegatten/in** (amtlich beglaubigt): _____

bei Barauszahlung, falls in eingetragener Partnerschaft:

Ort und Datum: _____

Unterschrift des/r **eing. Partners/in** (amtlich beglaubigt): _____

Dieses Formular ist einzureichen an:

**SSO-Vorsorgestiftung
Geschäftsstelle
Münzgraben 2
3000 Bern 7**