

Meldeformular für den Austritt

Name/Vorname: _____ PK-Nr. _____ Austritt per: _____
Ihre E-Mail-Adresse bei Rückfragen: _____

Bestätigung der Arbeitsfähigkeit

Ich bestätige, dass ich im Zeitpunkt des Austritts **ohne gesundheitliche** Einschränkung **voll arbeitsfähig** bin:

Ja Nein

1. Neue Vorsorgeeinrichtung; Auszahlungsangaben

Name und Adresse der neuen Vorsorgeeinrichtung: _____

Auszahlungsangaben der neuen Vorsorgeeinrichtung (wenn möglich Einzahlungsschein einreichen):

Bank (Name und Ort): _____

IBAN Nr.: _____

Neuer Arbeitgeber/Vertrags-Nr.: _____

2. Sie treten in keine neue Vorsorgeeinrichtung ein. Der Vorsorgeschutz wird aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen wie folgt aufrecht erhalten (gewünschtes ankreuzen)

Eröffnung eines Freizügigkeitskontos: bei der Aargauischen Kantonalbank, Aarau
 bei folgender Bank: _____

Errichtung einer Freizügigkeitspolice: bei: _____

Bitte reichen Sie uns den entsprechenden Antrag der neuen Freizügigkeitseinrichtung ein. Für versicherte Personen, welche das 58. Altersjahr vollendet haben, ist zudem eine Bescheinigung über die Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung beizulegen.

3. Antrag um Barauszahlung der Austrittsleistung

Ich bestätige, dass ich eine Barauszahlung der Austrittsleistung wünsche:

- infolge Aufnahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit (Bestätigung der Ausgleichskasse beilegen)
 infolge endgültigem Verlassen der Schweiz (Kopie der definitiven Abmeldeerklärung beilegen)
 infolge Geringfügigkeit (Austrittsleistung unter dem persönlichen Jahresbeitrag)

Die Barauszahlung an **verheiratete oder in eingetragener Partnerschaft lebende Personen** ist nur zulässig, wenn die Ehepartnerin oder der Ehepartner bzw. die eingetragene Partnerin oder der eingetragene Partner schriftlich zustimmt. Die Unterschrift ist notariell/amtlich zu beglaubigen oder unter Vorlage eines amtlichen Personalausweises auf der Geschäftsstelle der APK vorzunehmen.

Bank (Name und Ort): _____

IBAN Nr.: _____

BIC (nur bei Zahlung ins Ausland): _____

4. Übertritt zu einem anderen bei der APK angeschlossenen Arbeitgeber

Name des neuen Arbeitgebers: _____

Stellenantritt per: _____

Unterschrift der versicherten Person:

Unterschrift der zustimmenden Person:
(bei Barauszahlung gemäss Ziff. 3)