



## ANMELDUNG SOZIALLEISTUNGEN DES ARBEITGEBERS BEI BEEDIGUNG DES ARBEITSVERHÄLTNISSSES

(Art. 8bis und 8ter AHVV)

### Arbeitnehmer/in

AHV Nummer: \_\_\_\_\_

Name der/des Versicherten/er: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anstellungsdatum: \_\_\_\_\_

Beedingung des Arbeitsverhältnis: \_\_\_\_\_

Betrag der Leistung in Kapital: Fr. \_\_\_\_\_  
oder

Betrag der Leistung in Monatsrente: Fr. \_\_\_\_\_

Zahlungen ab \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Zahlungsgrund der Leistung (passendes ankreuzen und ergänzen):

**Sozialleistung bei ungenügender beruflicher Vorsorge.**  
(Bruttojahreseinkommen regelmässig zu niedrig oder gelegentlich zu niedrig)

Anzahl der fehlenden Versicherungsjahre an eine berufliche Vorsorge: \_\_\_\_\_

**Sozialleistung bei Entlassung aus betrieblichen Gründen**  
(Betriebsschliessungen, -zusammenlegungen, -restrukturierungen, kollektive Kündigung bestimmt von einem Sozialplan)

Grund (Beweise beilegen) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Arbeitgeber

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Firmenname: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: