

[Reset](#)

Formular wird elektronisch eingelesen,
bitte gut lesbar ausfüllen und vor der
Zustellung unterschreiben!

Meldung Weiterführung Vorruhestandsmodelle

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte
Person

Name Vorname Versichertennummer

Strasse Geburtsdatum Geschlecht

PLZ und Ort Land ☐ m ☐ w

Erreichbar unter E-Mail-Adresse Privat Telefon Nr.

Beginn Über-
brückungsrente

Datum

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte reichen Sie uns das Formular «Meldung Arbeitsunfähigkeit» sowie die entsprechenden Beilagen ein.

Beilage ☐ Rentenbestätigung Überbrückungsrente (zwingend beizulegen)

Hinweis Die versicherte Person ist damit einverstanden, dass die mit der Durchführung des Vorruhestandsmodells befasste Vorgesoreinrichtung den entsprechenden Vorruhestandsanbieter informiert, wenn die versicherte Person Leistungen in Form von Altersleistungen und Barbezügen vorzeitig bezieht oder nicht mehr im Rahmen eines Vorruhestandsmodells weiter-versichert ist.

Meldende Person
im Auftrag des
Arbeitgebers

Datum Name Vorname

E-Mail-Adresse

Unterschrift
versicherte Person

Datum Unterschrift

Senden an formsservice.bvg@axa.ch

oder an:
AXA
Postfach 300
8401 Winterthur

[Send](#)