

lfd. Nr. der Versicherung	Ggf. Personennummer	Zu- und Vorname der versicherten Person	Datum des Ausscheidens aus den Diensten der Firma	Abmeldegrund
				☐ Kündigung ☐ Invalidität ☐ Ruhestand ☐ Tod ☐ _____
				☐ Kündigung ☐ Invalidität ☐ Ruhestand ☐ Tod ☐ _____
				☐ Kündigung ☐ Invalidität ☐ Ruhestand ☐ Tod ☐ _____
				☐ Kündigung ☐ Invalidität ☐ Ruhestand ☐ Tod ☐ _____
				☐ Kündigung ☐ Invalidität ☐ Ruhestand ☐ Tod ☐ _____

Lfd. Nr.	Zu- und Vorname	Datum des Ausscheidens	Beiträge werden bis einschl. übernommen	Anschrift

(Stempel und Unterschrift des Vertragspartners)