



# Auftrag für eine Vertragsauflösung

[«XXXX-CH/UXXX» / «Vertrag-Nr.»](#)

**Swiss Life AG  
Unternehmen  
Postfach  
8022 Zürich**

<b>Arbeitgeber</b>	<b>Name</b>	«Arbeitgeber/Firma, Ort»
	<b>Vertrag</b>	«Vertrag-Nr.»

**Voraussetzungen für eine Vertragsauflösung**

Trifft eine der folgenden Aussagen nicht zu oder haben Sie weitere Fragen, nehmen sie bitte Kontakt auf mit «Vorname Name Betreuer», Tel.+41 «043 284 xx xx».

Der Vertrag ist auf das gewünschte Datum kündbar.  trifft zu

Die Kündigungsfrist von 6 Monaten ist eingehalten.  trifft zu

Das Personal wurde vorgängig über die Kündigung des Anschlussvertrags informiert. Die Kündigung erfolgt im Einverständnis mit dem Personal (Art. 11 Abs. 3bis BVG), welches noch vor der Kündigung erteilt wurde.  trifft zu

Die Bestätigung der neuen Vorsorgeeinrichtung betreffend die Übernahme von Invalidenleistungen liegt vor (Art. 53e Abs. 4bis BVG).  trifft zu

**Auftrag**

Wir kündigen den Vertrag per

T	T	M	M	J	J	J	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Wertschriften sind zu verkaufen per

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Ohne Meldung bis spätestens 15 Tage vor dem Kündigungsdatum werden die Wertschriften ohne weitere Information zum jeweiligen Tageskurs verkauft.

**Notwendige Beilagen**

- Angaben zur Adresse und Zahlstelle der neuen Vorsorgeeinrichtung
- Bestätigung der neuen Vorsorgeeinrichtung betreffend die Übernahme der Invalidenleistungen
- die Adresse unserer AHV-Ausgleichskasse und unsere Anschlussnummer

Der Arbeitgeber und die Mitglieder der Verwaltungskommission bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass das Personal vorgängig über die Auflösung des Anschlussvertrages informiert wurde und dieses mit der Kündigung einverstanden ist.

**Unterschriften** Die Kündigung ist nur gültig, wenn alle Unterschriften vorhanden sind.

**Arbeitgeber**

_____	_____
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift

**Verwaltungskommission Arbeitgebervertretende**

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift

**Arbeitnehmersvertretende**

_____	_____
Ort und Datum	Unterschrift