



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 Überbrückungsrente

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**)

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