

## Austritt einer versicherten Person

### Angeschlossene Organisation

Name \_\_\_\_\_ Anschluss-Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ. Ort \_\_\_\_\_

### Personalien der versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Einsatzland \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mann

Frau

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig

verwitwet

verheiratet

geschieden

in eingetragener Partnerschaft

in aufgelöster Partnerschaft

Datum der Heirat/Eintragung der Partnerschaft \_\_\_\_\_ Datum der Scheidung/ Auflösung der Partnerschaft \_\_\_\_\_

### Austrittsdatum

\_\_\_\_\_

Ist oder war die versicherte Person zur Zeit des Austritts krank oder invalid?  Ja  Nein

Hat die versicherte Person bei der Missionarstiftung ein Erlebensfallkapital angespart?  Ja  Nein

**Falls JA: Bitte das Formular "Auszahlung Erlebensfallkapital" ausfüllen lassen. Dieses kann von der versicherten Person direkt an uns geschickt werden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Angeschlossene Organisation (Stempel, Unterschrift)