groupemutuel
Sammelstiftung

Name und Adresse Ihrer vorherigen Vorsorge- oder Freizügigkeitsstiftung

_____
_____
_____
_____
_____

Übertragung der Freizügigkeitsleistung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr

Mein aktueller Arbeitgeber ist im Rahmen der beruflichen Vorsorge (2. Säule) der Sammelstiftung Groupe Mutuel angeschlossen.

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen betreffend die berufliche Vorsorge bitte ich Sie, meine Freizügigkeitsleistung gemäss den folgenden Angaben zu überweisen:

Versicherte Person

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sozialversicherungsnr.: 756. _____

Vertrag / Arbeitgeber: _____

Begünstigter	Sammelstiftung Groupe Mutuel
Adresse	Rue des Cèdres 5 Postfach 1919 Martigny
IBAN-Nr.	CH58 0900 0000 1900 3655 5 (Postkonto 19-3655-5)

Freundliche Grüsse

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

Sammelstiftung Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5 – Postfach
CH-1919 Martigny
www.groupemutuel.ch

Ihr Kontakt
Berufliche Vorsorge
lpp@groupemutuel.ch