

Nom et adresse de votre ancienne
institution de prévoyance ou
fondation de libre passage

Transfert de la prestation de libre passage

Madame, Monsieur,

Mon employeur actuel est affilié auprès du Groupe Mutuel Prévoyance-GMP dans le cadre de la Prévoyance professionnelle (2ème pilier).

Vu les dispositions de la loi sur la prévoyance professionnelle, je vous remercie de bien vouloir procéder au paiement de ma prestation selon les indications ci-dessous:

Personne assurée

Nom / Prénom: _____
Date de naissance: _____
N° assurance sociale: 756. _____
Contrat / Employeur: _____

Bénéficiaire

Groupe Mutuel Prévoyance-GMP

Adresse

Rue des Cèdres 5
Case postale
1919 Martigny

Compte IBAN

CH58 0900 0000 1900 3655 5
(CCP 19-3655-5)

Avec mes meilleures salutations

Lieu et date:

Signature de la personne assurée: