

Nome e indirizzo del suo
precedente istituto di previdenza o
fondazione di libero passaggio

Trasferimento della prestazione di libero passaggio

Gentile Signora, Egregio Signore,

il mio attuale datore di lavoro è affiliato alla Fondazione Collettiva Groupe Mutuel nell'ambito della previdenza professionale (2° pilastro).

Conformemente alla normativa relativa alla previdenza professionale, le sarei grato se potesse effettuare il pagamento secondo le seguenti indicazioni:

Persona assicurata

Cognome / Nome: _____

Data di nascita: _____

N° assicurazione sociale: 756. _____

Contratto / Datore di lavoro: _____

Beneficiario Fondazione Collettiva Groupe Mutuel

Indirizzo Rue des Cèdres 5
Casella postale
1919 Martigny

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

Avec mes meilleures salutations

Luogo e data:

Firma della persona assicurata:
