

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:**

---

---