groupemutuel
Sammelstiftung

Bezug der Altersleistung in Kapitalform

Arbeitgeber

Firmenname: _____ Vertrag Nr.: _____

Versicherte Person

Name: _____ Sozialversicherungsnr.: 756. _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Zivilstand: _____

PLZ/Ort: _____ Beruf: _____

Zahlungsdaten

Name der Bank: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN-Nr.: _____

BIC (Konto im Ausland): _____

Kontoinhaber/-in: _____

Beilagen (beizufügen entsprechend Ihrem Zivilstand)

☐ Versicherte Person ist ledig oder verwitwet:	Aktuelle individuelle Zivilstandsbestätigung oder eine andere aktuelle amtliche Zivilstandsurkunde
☐ Versicherte Person ist verheiratet, getrennt oder in einer eingetragenen Partnerschaft:	Unterschrift des Ehe- oder Lebenspartners, beglaubigt durch einen Notar den Gemeindepräsidenten oder in einer Agentur der Groupe Mutuel
☐ Versicherte Person ist geschieden:	Scheidungsurteil und aktuelle individuelle Zivilstandsbestätigung

Ort und Datum: _____ **Unterschrift der versicherten Person:** _____

Ort und Datum: _____ **Unterschrift Ehepartner/-in oder eingetragene/-r Partner/-in:** _____

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

Ihr Kontakt
Berufliche Vorsorge
lpp@groupemutuel.ch