groupemutuel
Sammelstiftung

Bezug der Altersleistung in Rentenform

Arbeitgeber

Firmenname: _____ Vertrag Nr.: _____

Versicherte Person

Name: _____ Sozialversicherungsnr.: 756. _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Zivilstand: _____

PLZ/Ort: _____ Beruf: _____

Zusätzliche Angaben

Minderjährige Kinder oder Kinder, die eine Lehre oder ein Studium absolvieren: ☐ oui ☐ non

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Zahlungsmodalitäten

Zahlungsrhythmus: ☐ monatlich ☐ vierteljährlich

Name der Bank: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN-Nr.: _____

BIC (Konto im Ausland): _____

Kontoinhaber/-in: _____

Beilagen (beizufügen, wenn Sie Kinder haben)

☐ Lehrvertrag oder Studienbestätigung für über 18-Jährige

☐ Kopie des Familienscheins mit Angabe der Kinder

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