

## Meldung Übertritt VRM

Vertrag-Nr. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Plan/Betrieb \_\_\_\_\_

FUTURA Vorsorge  
Bahnhofplatz 9  
Postfach  
5201 Brugg

**Mutation per** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

SV-Nr. 756. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass

- er per obengenanntem Datum in den Vorsorgeplan GAV-VRM übertreten möchte,
- er den beiliegenden Vorsorgeplan GAV-VRM gelesen hat,
- er mit den entsprechenden Bestimmungen einverstanden ist.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort und Datum

Firma (Stempel und Unterschrift)

