

25137

Adressänderung von Rentnern

Name / Vorname _____

AHV-Nummer 756._____._____._____

Bisherige Adresse:

Strasse und Nr. _____

PLZ _____

Ort _____

Neue Adresse:

Gültig ab _____

Bei (Name, Vorname,
Verwandschaft) _____

Strasse und Nr. _____

PLZ _____

Ort _____

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person

**Senden Sie das Formular an:
CPV/CAP Pensionskasse Coop, Dornacherstrasse 156, 4002 Basel**