

Mutations

01/2017

L'employeur, assisté de la personne à assurer, remplit le présent formulaire qui sera signé par les deux parties .

Informations générales

Employeur, adresse _____
 Personne à contacter _____ Téléphone _____

Personne assurée

Nom _____ Numéro personnel _____
 Prénom _____ Date de naissance _____

Mutation

Modification d'état-civil marié/e partenariat enregistré veuf/ve

Valable dès le _____ divorcé/e partenariat dissout

Nouveau Nom _____
 Numéro d'AVS _____
 Nom du conjoint _____
 Date de naiss. du conjoint _____

Changement de plan Plan Minimal LPP Plan Basis Plan Basis Plus Plan Bel Etage

Valable dès le _____ Plan Basis compl. Plan Bel Etage compl. Plan Bel Etage compl.
 Plan d'épargne

Le principe de collectivité doit être observé selon le régleme nt de prévoyance .

Modif. du salaire annuel Salaire annuel CHF _____ Degré d'activité _____ %

Valable dès le _____

Le salaire annuel se calcule comme suit : nouveau salaire mensuel brut x12 resp. x13 (salaire AVS annuel) + év. bonus

Les modifications du salaire annuel + év. bonus intervenues en cours d'année ne sont prises en compte que si elles s'élèvent à plus de 10%.

Congé non payé du _____ L'assurance doit être maintenue
 12 mois au maximum au _____ Non Risque seul Risque + épargne

Signature

Lieu et date _____ Cachet et signature de l'employeur _____
 Lieu et date _____ Signature de la personne assurée _____