

Mutations

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 Basis Plus 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 _____