

RA Déclaration de transfert

Employeur _____
N° de contrat _____
Plan _____

Mutation le _____

Nom	_____	Prénom	_____
Rue / n°	_____	NPA / localité	_____
Numéro d'assurance sociale	756. _____	Date de naissance	_____
Téléphone	_____	Adresse e-mail	_____

La personne assurée atteste par sa signature:

- souhaiter passer au plan de prévoyance CCT RA à la date susmentionnée,
 - avoir lu le plan de prévoyance CCT RA ci-joint, et
 - accepter les dispositions correspondantes.
-

Lieu et date

Signature de la personne assurée

Lieu et date

Employeur (cachet et signature)
