

Déclaration de modification

Employeur _____

N° de contrat _____

Plan _____

Modification le _____

Nom _____ Prénom _____

Rue / n° _____ NPA / localité _____

N° d'assurance sociale 756. _____ Date de naissance _____

Téléphone _____ Adresse e-mail _____

Changement de nom _____

Nouvel état civil Marié/e Date du mariage _____

Divorcé/e Veuf/ve

Lié/e par un partenariat enregistré depuis _____

En partenariat dissous judiciairement

En partenariat dissous par décès

Nouvelle obligation d'entretien Avec obligation d'entretien Disparition de l'obligation d'entretien

Nouveau plan / nouvelle entreprise _____

Salaire annuel AVS _____ CHF **Occupation** 100% _____ %

(toujours calculé sur une année complète)

Congé non payé Début _____, fin _____

Maintien de la prévoyance: Maintien sans changement Interruption dans le processus d'épargne Arrêt (interruption de la protection contre le risque)

Prise en charge des coûts: Employé Employeur Suivant le plan de prévoyance

Modification d'une incapacité de gain existante / nouveau _____ %

Remarques

Lieu et date _____ Signature de la personne assurée (uniquement pour les congés non payés)

Lieu et date _____ Employeur (cachet et signature)