

Avis LPP de mutation

Données personnelles de la personne assurée

(à remplir par l'employeur)

Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____
N° AVS _____
Employeur _____
Affiliation _____

Changement d'adresse

Rue, n° _____ NPA, localité _____

Dès le _____

Changement d'état civil

célibataire marié/e partenariat enregistré divorcé/e veuf/veuve

Dès le _____

Changement de salaire

Nouveau salaire annuel CHF _____ Taux d'occupation en % _____

Dès le _____

Changement du plan de prévoyance

Nouveau plan de prévoyance _____

Dès le _____

L'employeur certifie que la personne assurée est de sa pleine capacité de travail.

Lieu / Date

Cachet et signature de l'employeur