



Employeur: _____ N° d'affiliation: _____
Personne assurée: _____ N° d'assuré: _____

Avis de mutation personne assurée

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules ou à la machine à écrire et nous le retourner dûment complété et signé)

Informations relatives à la personne

No ass. soc.: _____ Langue: D F I
Nom: _____ Prénom: _____
Sexe: M F Date de naissance: _____
Etat civil: célibataire marié(e) Partenariat enregistré
 veuf/veuve divorcé(e) Partenariat dissous
Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: _____
Rue, no: _____
NPA: _____ Domicile: _____

Modification du salaire

Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____
Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____
Salaire annuel (en CHF): _____ Valable à partir du: _____

Si le salarié est occupé par un employeur pendant moins d'une année, est considéré comme salaire annuel celui qu'il obtiendrait s'il était occupé toute l'année.

Modification d'autres données de prévoyance

Modification du degré AI _____ Nouveau degré AI: _____ %
(veuillez joindre une copie de l'actuelle décision de l'AI) Valable à partir du: _____

Lieu

Date

Timbre et signature de l'employeur

Lieu

Date

Signature de la personne assurée



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Confidentiel

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Case postale
8050 Zurich

Confidentiel

Fondation institution supplétive LPP
Prévoyance LPP
Elias-Canetti-Strasse 2
Case postale
8050 Zurich

Nous vous remercions de joindre cette page de garde aux documents que vous nous renvoyez.

Veuillez nous renvoyer vos documents sans les relier (pas de trombones, d'agrafes ni de scotch).

