

Avis de mutation

Informations concernant l'employeur/l'entreprise

Nom
N° d'entreprise

Informations concernant la personne assurée

Nom Date de naiss.
Prénom N° d'ass. soc.

Changement d'état civil

Date du changement d'état civil
Nouvel état civil marié(e) lié(e) par un partenariat enregistré
 divorcé(e) partenariat dissous
 veuf/veuve
Nouveau nom complet

Modification du salaire/du taux d'occupation

Date de la modification
Salaire mensuel brut (salarié) CHF x 12 x 13
Taux d'occupation
Pleine capacité de travail Oui Non

Interruption du versement du salaire/de l'assurance (selon art. 15 du règlement de prévoyance)

Congé non payé/perfectionnement du au
Couverture risque souhaitée pendant l'interruption? Oui Non
Couverture épargne souhaitée pendant l'interruption? Oui Non
Salaire mensuel brut lors de la reprise CHF x 12 x 13
Pleine capacité de travail Oui Non
Remarques

Signature de l'employeur

Lieu et date

Timbre et signature

A renvoyer à: Pro Medico Fondation, Löwenstrasse 25, case postale 2630, 8021 Zurich