

Avis de mutation pour salariés

No de décompte (si connu) _____

1. Identité

Nom, prénom _____

No AVS _____

2. Modification de salaire

Nouveau salaire annuel soumis à l'AVS (salaire brut y.c. 13e mois)

CHF

Degré d'occupation (module de salaire L2)

valable dès _____

3. Changement de plan

Changement de cercle de personnes dès _____

nouveau critère _____

Si de nouvelles combinaisons de plans sont souhaitées, veuillez compléter le formulaire „Modification du contrat d'affiliation pour employeur“.

4. Modification de l'adresse

Rue _____

NPA, lieu _____

Adresse e-mail _____

valable dès le _____

5. Modification de l'état civil

Etat civil

marié(e)

divorcé(e)

partenariat enregistré

partenariat dissout

veuf/veuve

Date de la modification _____

Nouveau nom _____

En cas de changement de nom, veuillez bien joindre une copie du document officiel.

6. Assurance d'interruption (seulement possible si le contrat de travail est maintenu)

Période du _____ au _____

- interruption de l'assurance (seulement frais administratifs)
- continuation de l'assurance (seulement cotisations pour le risque et frais administratifs)
- continuation de l'assurance actuelle (cotisations pour l'épargne, pour le risque et frais administratifs)

Les cotisations sont facturées à l'employeur.

7. Indications concernant la santé

Le salarié est-il entièrement apte au travail? oui non

Remarque:

Une personne, qui n'est pas entièrement capable de travailler est défini comme suite.

Au début de l'assurance elle

- doit être totalement ou partiellement absent du travail pour des raisons de santé, ou
- reçoit des indemnités journalières à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou
- est inscrit auprès d'une assurance invalidité nationale, ou
- reçoit une pension d'invalidité totale ou partielle, ou
- ne peut plus participer pleinement à son entraînement et à ses capacités pour des raisons de santé.

Toutes les autres personnes sont considérées comme pleinement capables de travailler.

Si non, pour quel motif?

8. Remarques

9. Signature

Le soussigné confirme l'exactitude et l'intégralité des indications sus-mentionnées:

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

**Personalvorsorgestiftung
der Ärzte und Tierärzte PAT-BVG**

Direction et prévoyance

PAT BVG
Frongartenstrasse 9
9001 St.Gallen

Tél. +41 71 556 34 00
www.pat-bvg.ch
info@pat-bvg.ch