

Annonce de mutation

Nom de l'Employeur/
Nom de l'Indépendant _____

Personne de contact / No de tél. _____

Indications concernant la personne assurée

Contrat n° _____

Date de la mutation	
Nom et prénom	
N° AVS	

Ces indications sont à donner dans tous les cas :

Jouissez-vous de la pleine capacité de travail, respectivement de gain ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Modification d'une incapacité de travail existante	Taux d'incapacité:	%

Mutation – Données personnelles (à remplir, qu'en cas de modifications)

Adresse privée (rue, NPA et localité)	
État civil <small>* Le concubinage doit être annoncé à la CP FSA par le formulaire „Confirmation d'une communauté de vie »</small>	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> en concubinage* <input type="checkbox"/> lié(e) par un partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat dissous judiciairement <input type="checkbox"/> partenariat dissous par décès
Changement de nom	
Date de mariage / du partenariat enregistré	
Nom et date de naissance du conjoint/du partenaire enregistré	

Mutation – Données des assurés (à remplir, qu'en cas de modifications)

Groupe de personnes	
Salaire / revenu annuel déterminant - Indépendant: revenu AVS brut - Employé: Salaire AVS brut	
Taux d'occupation en %	%
Pour les employés: Fonction au sein de l'étude	<input type="checkbox"/> Avocat collaborateur <input type="checkbox"/> Personnel

Mutation – Congé non payé (à remplir, qu'en cas de modifications)

du _____ au _____ durant 6 mois au maximum	Couverture de l'assurance selon art. 12 du règlement de prévoyance <input type="checkbox"/> maintenir son assurance (cotisations d'épargne et de risque) <input type="checkbox"/> maintenir que l'assurance de risque (invalidité et décès)
---	--

Lieu et date

Timbre et signature

Employeur/Indépendant

Employé(e)

L'employeur/indépendant et la personne à assurer déclarent avoir compris les questions susmentionnées. Elles/ils attestent que les données sont complètes et véridiques et prennent connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la CP FSA peut, dans le cadre des dispositions légales, réduire voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommage et intérêts.