

AVIS DE MUTATION

N° employeur : _____

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	N° AVS : _____
Adresse exacte : _____	
N° postal : _____	Localité : _____

FIN DE COUVERTURE (merci de compléter les périodes d'activité au verso)

Salaire AVS brut, y compris prorata 13^e salaire, indemnités journalières perte de gain et allocations maternité, versé pour la *période du _____ au _____ : Fr. _____

* du 1er janvier ou du jour de l'engagement s'il a eu lieu pendant l'année courante à la fin de la couverture

La personne assurée jouit-elle de son entière capacité de travail ? Oui Non

Si non, date du début d'incapacité de travail : _____ Accident Maladie

Nom et adresse du nouvel employeur : _____

MODIFICATION DE SALAIRE

Date du changement : _____

Nouveau salaire AVS brut annualisé : Fr. _____ Degré d'activité : _____ %

Congé non payé jusqu'au _____

CHANGEMENTS PERSONNELS

Date du changement : _____

Changement d'adresse (à remplir sous données personnelles)

Nouvel état civil : _____ Nouveau nom : _____

En cas de mariage, merci d'indiquer le salaire versé jusqu'au jour du mariage dans la rubrique **Fin de couverture**

Avis à nous retourner de suite par courrier ou par e-mail lors de l'une de ces modifications

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:

Nom de l'employeur:

Voir au verso

previva
fonds de prévoyance
des professionnels du travail social
Case postale 1215
1001 Lausanne

Nom: _____ Prénom: _____

Périodes d'activité exercées chez l'employeur du jour de l'engagement au jour du départ:

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

du au

Lieu et date:

Timbre et signature:
