

Annonce de modifications

Entreprise n° _____
 Contrat n° _____ /

Employeur Nom et lieu

Personne assurée Nom _____ Prénom _____

Numéro d'assuré _____ Date de naissance _____ Sexe _____
 m. f.

Pleine capacité de travail Oui Non

Changement d'état civil: Valable à partir du _____ Nouveau nom _____ Numéro d'assuré _____
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Veuf/veuve
 Lié(e) par un partenariat enregistré
 En partenariat dissous judiciairement
 En partenariat dissous par décès

Modification salariale Nouveau salaire annuel (en CHF) _____ Valable à partir du _____

Modification du taux d'occupation Nouveau taux d'occupation _____ Valable à partir du _____ Nouveau salaire annuel (en CHF) _____

Changement de plan/de catégorie Nouveau plan/nouvelle catégorie _____ Valable à partir du _____ Nouveau salaire annuel (en CHF) _____

Obligation d'assistance Nouvelle obligation d'assistance _____ Valable à partir du _____
 Avec obligation d'assistance
 Fin de l'obligation d'assistance

Autre

Date _____ Signature de la fondation/de l'employeur _____

A retourner à Vorsorgestiftung Film und Audiovision
 Durchführungsstelle
 Postfach 300
 8401 Winterthur