

Demande de modification

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles privées

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Modification de salaire annuel

Date de modification : _____ / _____ / _____ (début d'un mois seulement)

Nouveau salaire annuel annoncé : CHF _____

Modification de plan de prévoyance

Date de modification : _____ / _____ / _____ (début d'un mois seulement)

Nouveau plan de prévoyance : _____

Modification d'état civil

Nouveau état civil : mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Date de modification : _____ / _____ / _____ Date de naissance du conjoint : _____ / _____ / _____

Modification d'adresse

Modification d'adresse de/du : domicile correspondance cabinet médical

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Signature

La personne soussignée confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur/médecin indépendant