

Demande de modification

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

Données personnelles privées

Nom _____ Prénom _____

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Téléphone _____ Courriel _____

Jouissez-vous de votre pleine capacité de travail ou de gain à la date de modification ? oui non

Modification de salaire annuel déterminant

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

Nouveau salaire annuel annoncé : CHF _____ Nouveau taux d'activité : _____%

Modification de plan de prévoyance

Compléter le formulaire du choix du plan de prévoyance SMARTMED

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 : _____ / _____ / _____

Nom de marié(e) (si applicable) _____

En cas de mariage, merci de joindre une copie de l'acte de mariage

Modification d'adresse

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

Rue, no _____ NPA, lieu _____

Adresse de correspondance auprès d'un tiers

Par la présente, toute correspondance concernant la prévoyance professionnelle de la Fondation AROMED doit être domiciliée à l'adresse suivante :

Destinataire _____ Complément _____

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

