Fondation de prévoyance LPP physioswiss

Secrétariat: VCW Versicherungstreuhand SA, Brandschenkestrasse 30, 8001 Zurich, tél. +41 41 785 04 50, e-mail: physiobvg@vcw.ch

Avis de mutation pour la personne assurée

Employeur	**Entreprise**	_____
	Contrat	_____
	Catégorie d'assurés	_____ _____
Modifications Données personnelles	**Valable à partir du**	_____
	Nom	_____
	Prénom	_____
	N° d'assuré	756. _____ **Date de naissance** _____
	Langue	☒ français ☐ italien ☐ allemand ☐ anglais
	Sexe	☐ Homme ☐ Femme
	Changement d'état civil	☐ Mariage ☐ Enregistrement de partenariat
Modification du salaire	**Valable à partir du**	_____
	Salaire annuel	_____ CHF
	Taux d'occupation	_____ %
	Dispose de sa pleine capacité de travail?	☐ oui ☐ non
Versement du salaire interrompu	**Congés non payés**	du _____ au _____ Valable à partir du (Début de l'interruption) — Valable jusqu'à (Fin de l'interruption)
	Salaire annuel	_____ CHF Lors de la reprise de l'activité lucrative
	Dispose de sa pleine capacité de travail?	☐ oui ☐ non
	Couverture des risques souhaitée pendant l'interruption?	☐ oui ☐ non
Transfert	**Valable à partir du**	_____
	Catégorie d'assurés	_____ _____
	Plan d'assurance	_____ _____

Signature

Employeur

_____ _____ _____

Date Lieu Signature

Adresse d'envoi Prière d'envoyer le présent formulaire à:

Fondation de prévoyance LPP physioswiss
c/o VCW Versicherungstreuhand SA
Secrétariat
Brandschenkestrasse 30
8001 Zurich