

Avis de mutation

Veuillez remplir ce formulaire en caractères d'imprimerie.

☐ Pensionskasse (Caisse de pension) ☐ Vorsorgestiftung (Fondation de prévoyance)

☐ Nouvelle entrée ☐ Réaffiliation ☐ Changement salaire ☐ Changement plan
☐ Changement cercle des assurés ☐ Changement nom/état civil ☐ Correction date naissance/n° AVS

1. Société

Nom

N° de membre/de contrat

2. Validité

Valide à partir de

Cercle des assurés

3. Personne à assurer

☐ Employé(e) ☐ Indépendant(e) ☐ Saisonnier(ère)

Nom

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

Sexe

☐ m ☐ f

Rue, n°

NPA

Lieu

Pays

Téléphone privé

Téléphone professionnel

Téléphone mobile

E-Mail

État civil

☐ célibataire

☐ partenariat enregistré

☐ marié(e)

☐ divorcé(e)

☐ veuf/veuve

Date du mariage

Langue

☐ français ☐ allemand ☐ italien ☐ anglais

Frontalier

☐ oui ☐ non

Pays frontalier

3.1 La personne à assurer dispose-t-elle de sa pleine capacité de travail ?

☐ oui

☐ non

3.2 La personne à assurer perçoit-elle des prestations de l'assurance
invalidité, militaire, accident ou d'une caisse de pension ?

☐ oui

☐ non



▼ Veuillez tenir compte de la page suivante.

4. Emploi données

Pour l'assurance, le salaire AVS extrapolé sur une année entière est déterminant, également pour les saisonniers.

Salaire annuel en CHF

Employé(e) à temps partiel

☐ oui, taux d'occupation en %

☐ non

5. Institution de prévoyance précédente

Nom de l'institution de prévoyance

Adresse

Rue, n°

NPA

Lieu

Date de sortie (si connue)



Veuillez joindre des copies des décomptes de sortie, des éventuels comptes ou polices de libre passage.

Lieu

Date

Sceau et signature de la société



Remarque

- Conformément aux dispositions légales, l'intégralité de la prestation de libre passage doit être transférée à la nouvelle institution de prévoyance.



► Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli, signé et accompagné des documents requis à Asga, Case postale, 9001 St.-Gall.