groupemutuel
prévoyance Opsion

Avis de mutation

Employeur

Raison sociale _____ Contrat n° _____

Plan

☐ Plan de base ☐ Plan pour cadres / complémentaire ☐ Autre _____

Données personnelles de l'assuré(e)

Nom _____

Prénom _____

N° AVS ___ . ___ . ___ . ___ Date de naissance J J / M M / A A A A

E-mail _____ Téléphone _____

La mutation ci-après est annoncée au sujet de la personne assurée

☐ **Salaire - taux d'activité**

Date du changement J J / M M / A A A A

Nouveau salaire AVS annuel (CHF) _____ . __

Taux d'activité (%) ___ . __

En fonction de l'augmentation de salaire, l'assuré peut être amené à compléter un état de santé.

☐ **Changement de plan**

Date du changement J J / M M / A A A A

Plan ☐ Plan de base ☐ Plan pour cadres / complémentaire ☐ Autre _____

☐ **Changement d'état civil**

☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve)

☐ lié(e) par un partenariat enregistré ☐ partenariat dissous

Si marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré, date du mariage / du partenariat J J / M M / A A A A

Prénom du conjoint/partenaire _____ Date de naissance J J / M M / A A A A

Si divorcé(e) ou partenariat dissous, date du divorce / de la dissolution du partenariat J J / M M / A A A A

☐ **Naissance**

Prénom	Date(s) de naissance
	J J / M M / A A A A
	J J / M M / A A A A
	J J / M M / A A A A

groupemutuel
prévoyance Opsion

Avis de mutation

☐ **Nouvelle adresse**

Adresse

☐ **Retraite**

Retraite dès le J J / M M / A A A A

☐ **Autre motif de mutation**

Signature

Date / /

Lieu

Timbre, signature de l'employeur