



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

Employeur nom et adresse

[Empty text box for employer name and address]

Indications concernant la personne assurée

nom

[Empty text box for name]

prénom

[Empty text box for first name]

n° AVS

[Empty text box for AVS number]

Modification

nouveau nom

[Empty text box for new name]

nouveau n° AVS

[Empty text box for new AVS number]

nouvel état civil

[Empty text box for new civil status]

---> depuis le

[Empty text box for date]

salaire --->

nouveau salaire annuel

[Empty text box for new salary]

---> depuis le

[Empty text box for date]

occupation à temps partiel

nouvelle catégorie / nouvelles personnes assurées

[Empty text box for new category]

---> depuis le

[Empty text box for date]

Interruption de travail

- maladie accident autre

communication obligatoire au début de l'interruption

--->

- libération du paiement des primes
 interruption du processus d'épargne
 poursuite sans changement de l'assurance

prime d'épargne en %

prime de risque en %

début

[Empty text box for start date]

fin

[Empty text box for end date]

travailleur

[Empty text box for worker %]

employeur

[Empty text box for employer %]

travailleur

[Empty text box for worker %]

employeur

[Empty text box for employer %]

Lieu et date

Signature de l'employeur

merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.
 Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires



[Large empty text box for comments]



imprimer maintenant

