**Formulaire de mutation CPS**

1. Plan de prévoyance

Primauté des prestations Primauté des cotisations Primauté des cotisations

mensuel (Plan A) horaire (Plan B)

2. Changement

**Transfer** valable dès le        au plan en primauté des des cotisations mensuel (Plan A)

au plan en primauté des cotisations horaire (Plan B)

**Congé non payé** valable dès le       jusqu’au

Réduction de salaire valable dès le

**Salaire annuel NOUVEAU** CHF

**Maintien du salaire assuré** valable dès le

Salaire NOUVEAU CHF

Taux d’occupation NOUVEAU      %

Cotisations à la charge de l’employé

Cotisations à la charge de l’employeur

Salaire assuré effectif CHF

Salaire assuré à titre volontaire CHF

3. Donnèes sur l’affiliè(e)

Nom de famille Nom de jeune fille Prénom

Numéro personnel Numéro AS Centre de frais

4. Remarques

**Je confirme le maintien du salaire assuré.**

**Date Signature de la personne assurée**

**……..................... ………………………………………………**

**Timbre et signature de l’employeur :**

Date :

Responsable :

Numéro de tél. :