



Caisse de pension de la SSPh  
Case postale 6124  
Rue Pedro-Meylan 7  
1211 Genève 6

Tél. : 058 255 30 80  
Fax : 058 255 30 89  
info@cpssph.ch  
www.cpssph.ch

### A usage interne

N° d'assuré : \_\_\_\_\_  
Prétraitement :  \_\_\_\_\_  
Mupe ok :  \_\_\_\_\_

## Avis de mutation

Cet avis doit parvenir à la Caisse avant le 15 du mois concerné. Remplir uniquement la/les rubrique(s) concernée(s).

### Employeur

Raison sociale : \_\_\_\_\_ N° d'entreprise : \_\_\_\_\_  
Rue, n° : \_\_\_\_\_ Personne de contact : \_\_\_\_\_  
NPA / localité : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### Assuré

N° d'assuré : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

### Changement d'adresse

Valable dès le : \_\_\_\_\_  
Rue, n° : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
NPA / localité : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### Changement d'état civil

marié       divorcé       séparé       veuf/veuve       autre : \_\_\_\_\_  
Date du mariage civil : \_\_\_\_\_ Nouveau nom : \_\_\_\_\_

### Changement de salaire/collectif

Date du changement de salaire : \_\_\_\_\_ Salaire annuel AVS brut : CHF \_\_\_\_\_  
(au 1<sup>er</sup> du mois) (y compris 13<sup>ème</sup> salaire et gratification)  
Taux d'occupation : \_\_\_\_\_ %  
Collectif (selon convention d'adhésion signée) :  1       2       3       indépendant  
Salaire assuré (déterminé selon collectif ci-dessus) Salaire annuel assuré : CHF \_\_\_\_\_

### Congé non payé

Du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_  
(au 1<sup>er</sup> du mois)

*Les congés de plus de 3 mois nécessitent l'envoi d'un avis de sortie.*

### Changement de statut

Passage d'indépendant à salarié au : \_\_\_\_\_ Collectif :  1       2       3

Les signataires de ce document attestent que les données sont complètes et véridiques. En cas de changement d'un des éléments de la présente déclaration, les parties concernées s'engagent à informer immédiatement la Caisse. En cas de données incorrectes ou incomplètes, cette dernière peut, dans le cadre des dispositions légales et/ou réglementaires, réduire voire refuser les prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_

Signature de l'Employeur : \_\_\_\_\_