

■ Déclaration de modification

Veillez nous renvoyer l'original dûment complété et signé, et en garder une copie.

N° Groupe _____ N° sous-groupe _____ N° de contrat _____

Date de prise en cours de la modification _____

Nom de l'employeur _____

Nom de l'affilié(e) (pour la femme mariée ou veuve, le nom de jeune fille) _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Adresse (rue et n°) _____

Code postal _____ Localité _____

■ Modification de la situation familiale de l'affilié (*)

marié(e)/cohabitant(e) légal(e)¹ isolé(e)² veuf(ve) cohabitant(e)

¹ Inclus "séparé(e) de fait" et "séparé(e) judiciairement de corps et de biens" ² Inclus "divorcé(e)"

Nom de famille du conjoint/cohabitant(e) légal(e) _____

Prénom _____ Date de naissance du conjoint/cohabitant(e) légal(e) _____

(*) cocher la case concernée

■ Modification du nombre d'enfants à charge

Prénom des enfants	Date de naissance	Date du décès	Plus à charge à partir du :
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

■ Versements complémentaires personnels

Date d'entrée en service _____ Date de prise en cours _____

Capital vie _____ EUR Rémunération annuelle brute _____ EUR

Capital décès _____ EUR Montant du versement complémentaire _____ EUR

Important : l'employeur certifie l'exactitude des mentions relatives à la situation familiale et à l'adresse complète de l'affilié.

Fait à _____, le _____

Signature de l'employeur,