

Adresser à:

Caisse de pensions IMOREK  
c/o Caisse AVS IMOREK  
Wytenbachstrasse 24  
Case postale  
3000 Berne 22

## Modification du salaire prévoyance LPP

à l'attention de la Caisse de pensions IMOREK



### Employeur

Nom: \_\_\_\_\_ N° de membre: \_\_\_\_\_

### Données personnelles de la personne assurée

Nom, Prénom: \_\_\_\_\_

Numéro AVS: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue et numéro: \_\_\_\_\_

NPA, lieu: \_\_\_\_\_

### Modification du salaire

Modification du salaire à partir du: \_\_\_\_\_

Plan de prévoyance (cf. certificat de prévoyance): \_\_\_\_\_

Taux d'occupation: \_\_\_\_\_

Salaire soumis à l'AVS extrapolé à une année,  
y c. gratification et 13e salaire: \_\_\_\_\_ CHF

### Informations sur l'état de santé

La personne assurée jouit-elle actuellement et à la date de  
la modification du salaire de son entière capacité de travail?  Oui  Non

### Questionnaire de santé

En cas d'une augmentation de salaire les personnes suivantes sont tenues à remplir le questionnaire de santé séparé et de le remettre directement à la Caisse de pensions IMOREK:

- **Toutes les personnes assurées ne jouissant pas de leur entière capacité de travail.**
- **Toutes les personnes assurées par les plans élargis ou les plans spéciaux.**
- **Tous les indépendants.**

Le questionnaire de santé figure sur internet à l'adresse [www.imorek.ch](http://www.imorek.ch) ou peut être obtenu sur demande.

### Signature de l'employeur

Lieu, Date: \_\_\_\_\_

Signature de l'employeur et cachet de l'entreprise: \_\_\_\_\_