

## ■ 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)<sup>1</sup>  isolé(e)<sup>2</sup>  veuf(ve)  cohabitant(e)

<sup>1</sup> Inclus "séparé(e) de fait" et "séparé(e) judiciairement de corps et de biens" <sup>2</sup> 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,