

## Formulaire de demande de changement de plan de prévoyance LPP

A remplir par la collaboratrice, le collaborateur et à retourner  
aux RH de votre école

Nom:

Prénom:

Employeur CEGM:

No AVS:

Je souhaite être affilié·e dès le 1er janvier de l'année prochaine au:

- plan de prévoyance 8%
- plan de prévoyance 10%
- plan de prévoyance 12%

Date:

Signature: