



N° employeur: _____

AVIS DE MUTATION

FIP-Modula 2

DONNÉES PERSONNELLES

Visa: _____

Nom: _____	Prénom: _____
Date de naissance: _____	N° AVS: _____
Etat civil: _____	Date du mariage ou du partenariat enregistré: _____
Adresse exacte: _____	
N° postal: _____	Lieu: _____

1. DÉPART

Salaire AVS brut de l'année en cours : *du _____ au _____ : Fr. _____		
* du 1.01 ou du jour de l'engagement en cours d'année au jour du départ (y compris 13 ^e salaire prorata)		
Cotisation employeur:	Taux _____%	Fr. _____
Cotisation employé:	Taux _____%	Fr. _____
• La personne assurée jouit-elle de son entière capacité de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si non, veuillez indiquer la date du début de l'incapacité de travail: _____		
Nom et adresse du nouvel employeur: _____		

La fin des rapports de travail a été notifiée par : <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> assuré		
en raison de <input type="checkbox"/> restructuration		
<input type="checkbox"/> réduction d'effectif		
<input type="checkbox"/> autre (retraite / licenciement immédiat / inaptitude / etc.)		

2. CHANGEMENTS PERSONNELS

Date du changement: _____
Nouveau nom: _____
Nouvel état civil: _____

3. MODIFICATION DE SALAIRE

Date de changement: _____
Nouveau salaire AVS: _____
Nouveau taux d'activité: _____%

742-05-01-IV202012

Avis à nous retourner de suite lors de l'une de ces modifications.

Nom de l'employeur: _____

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur: