



N° employeur : _____

AVIS DE MUTATION FIP-BC

DONNÉES PERSONNELLES

Nom :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	_____	N° AVS :	_____
Etat civil :	_____	Date du mariage / 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 : _____		

2. MODIFICATION DU SALAIRE

Date du changement :	_____
Nouveau salaire annuel AVS brut : Fr. _____	Nouveau degré d'activité : _____ %

3. CHANGEMENTS PERSONNELS

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

742-05-05-IV-05.12 BC / INTERNET

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 :
