

AVIS DE MUTATION

FIP-; fca „lfYg



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 ? Oui 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 : _____

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: