



N° employeur : _____

AVIS DE MUTATION FIP-LPP

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 :	_____

LPPMUT-05/14-jmc 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:
