



N° employeur : \_\_\_\_\_

## AVIS DE MUTATION FIP-RAM

### 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 <sup>e</sup> 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 :	_____

RAMMUT-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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_