

AVIS DE MUTATION FIP-IAV

Visa : _____

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 : _____ |

MUT-05/14-jmc

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: _____