

AVIS DE MUTATION

FIP!DUngU jghYg

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: _____