



AVIS DE MUTATION FIP-TED

DONNÉES PERSONNELLES

Visa: _____

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	N° AVS : _____
Etat civil : _____	Date du mariage ou du 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 : _____		

La fin des rapports de travail a été notifiée par : <input type="checkbox"/> employeur <input type="checkbox"/> assuré		
en raison de <input type="checkbox"/> restructuration		
<input type="checkbox"/> réduction d'effectif		
<input type="checkbox"/> autre (retraite / licenciement immédiat / inaptitude / etc.)		

2. CHANGEMENTS PERSONNELS

Date du changement : _____
Nouveau nom : _____
Nouvel état civil : _____

3. MODIFICATION DE SALAIRE

Date de changement : _____
Nouveau salaire AVS : _____
Nouveau taux d'activité : _____ %

742-05-01-IV202012

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 : _____