

AVIS DE MUTATION

N° employeur : _____

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ

Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	N° AVS : _____
Adresse exacte : _____	
N° postal : _____	Localité : _____

FIN DE COUVERTURE (résiliation rapports de travail / salaire inférieur au seuil d'entrée / fin d'assurance facultative)

Salaire AVS brut versé pour la période *du _____ au _____ (fin de couverture)	
* 1er janvier ou jour de l'engagement s'il a eu lieu pendant l'année courante	
Salaire brut (y compris prorata 13 ^e salaire) : _____	
La personne assurée jouit-elle de son entière capacité de travail ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non, date du début d'incapacité de travail : _____	<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie
Nom et adresse du nouvel employeur : _____	

MODIFICATION DE SALAIRE

Date du changement : _____	
<input type="checkbox"/> Nouveau salaire AVS brut annualisé : Fr. _____	<input type="checkbox"/> Degré d'activité : _____ %
<input type="checkbox"/> Congé non payé jusqu'au _____	

CHANGEMENTS PERSONNELS

Date du changement : _____	
<input type="checkbox"/> Changement d'adresse (à remplir sous données personnelles)	
<input type="checkbox"/> Nouvel état civil : _____	<input type="checkbox"/> Nouveau nom : _____

Avis à nous retourner de suite par courrier ou par e-mail lors de l'une de ces modifications.

Nom de l'employeur : _____

Lieu et date:

Timbre et signature de l'employeur:
